SUICIDIO
Y
PREVENCIÓN

Fernando Mansilla Izquierdo

interSalud

SUICIDIO Y PREVENCIÓN

Fernando Mansilla Izquierdo

Valldargent, 27 bajos

07013 Palma de Malloca (Illes Balears)

www.intersalud.es

Primera edición: noviembre 2010

ISBN: 978-84-614-3172-4

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo que ha estado presente en todas las épocas históricas y todas las sociedades, y que se manifiesta por una variedad de comportamientos en un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo.

Se ha estimado que en el mundo casi 1 millón de personas muere por suicidio. Y en España según el Instituto Nacional de Estadística se producen alrededor de 7 suicidios/cien mil habitantes/año aproximadamente y se producen más muertes por suicidio que por accidente de tráfico, y la cifra de suicidas sigue un ritmo ascendente.

Por tanto, suicidio es un problema trágico y prevenible de Salud Pública. Los esfuerzos para prevenir el suicidio deben estar basados en las investigaciones que muestran qué factores de riesgo y de protección pueden ser modificados, como también qué grupos de personas son los más apropiados para la intervención preventiva.

La prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad en su conjunto. La policausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que la conducta suicida está motivada por más de un factor y, por lo tanto, las estrategias de prevención también deben ser múltiples. De ahí que el abordaje preventivo tenga que nacer con un enfoque multidisciplinario y con perspectivas complementarias: desde un plano individual y desde la Salud Pública.

La prevención del suicidio a nivel individual enfatiza el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del trastorno mental (depresión, esquizofrenia, drogodependencia y estrés).

El enfoque de Salud Pública cuenta con estrategias para la prevención del suicidio como las campañas de salud mental, despistaje en los colegios, diagnóstico precoz del abuso de drogas, de la depresión y del estrés, el control del acceso a los medios para cometer suicidio y el apoyo a los medios de comunicación para que la información se adecue a la prevención.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Concepto

El suicidio es un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos, morales…

El acto suicida que la OMS identificó en 1970 como un problema mayor de Salud Pública, ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres.

El suicidio (del latín, etimología *sui: sí mismo y caedere*: matar) es un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Ha sido castigado y perseguido en unas épocas y en otras ha sido tolerado, manteniendo las distintas sociedades actitudes enormemente variables en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Bobes García, González Seijo y Saiz Martínez, 1997).

Durkheim es el primer autor que realiza una definición de suicidio de forma que se delimite la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte. Para ello incluye en ésta las características de finalidad intencional y autoprovocación. Define además la tentativa de suicidio como un fracaso material de dicha intencionalidad. Esta definición de Durkheim es una de las más citadas en el tema del suicidio: "toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte"'.

El concepto de ‘acto suicida’ fue introducido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y define éste como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil’.

Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

1.2. Visión histórica

La valoración que se ha realizado de este fenómeno a lo largo de la historia ha sido variable.

Ya en la Biblia se mencionan escenas de actos suicidas como el de Abimelec, que herido de muerte le pide a su escudero que le mate.

En el Antiguo Testamento se describe un síndrome depresivo en el rey Saúl, que se quitó la vida; y su escudero que lo vio, se atravesó con su espada y murió con su rey.

El consejero Ahitofel se ahorcó al conocer que se su consejo había sido rechazado.

Zimri llegó a ser rey mediante una conspiración, pero al ver que el pueblo no le apoyaba, entró en el palacio y le prendió con él dentro.

Judas después de traicionar a Jesús que se ahorcó.

Sansón se quitó la vida al derrumbar el templo con sus enemigos y él dentro.

En la Ilíada, Homero, relata el suicidio de Ajax.

Los mayas veneraban a Ixtab, la diosa del suicidio y esposa del dios de la muerte, también era la divinidad de la horca; en la tradición maya, el suicidio era considerado una manera extremadamente honorable de morir.

Los Galos consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para Celtas Hispanos, Vikingos y Nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (visigodos) era loable el suicidio para evitar la muerte vergonzosa.

En Grecia y Roma existen referencias a los suicidios tanto por conducta heroica y patriótica, como por vínculos societarios y solidarios, por fanatismo o por locura y el suicidio asistido por el senado.

Durante la antigüedad clásica, el suicidio de personas con enfermedades incurables era visto como una necesidad, prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, en Roma sólo se penaba el suicidio irracional, el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues el suicidio provocado por la impaciencia del dolor o la enfermedad, ya que decían que se debía al cansancio de la vida, la locura o el miedo al deshonor. La idea de bien morir (eu thanatos) era un summun bonum, porque era mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro.

En la Grecia antigua al cadáver se le amputaba la mano con la que se había cometido el acto suicida y se enterraba en un sitio alejado, sin ceremonias fúnebres.

Durante el Imperio romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. Los antiguos romanos, bajo la influencia del estoicismo, admitían muchas razones legítimas para su práctica. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el acto último de una persona libre. Éste filósofo estoico señalaba que la vida debe ser considerada en cuanto a calidad de vida y no en cantidad, morir mas tarde o más temprano no tiene trascendencia.

En la sociedad japonesa el suicidio se relaciona directamente con el respeto a la tradición. Frecuentemente se trataba de una sanción auto inflingida por haber faltado a un papeldeterminado por su sociedad. En un principio las formas más utilizadas eran tirarse al mar o enterrarse vivos. Posteriormente, se impuso el seppuku o harakiri, se trataba de un suicidio ritual por desentrañamiento para lavar la deshonra (Evans y Farberow, 1988).

En la india, en Benarés, se realiza la muerte por suttee (sati), que es una costumbre india donde las mujeres al quedar viudas se inmolaban en la pira funeraria de su difunto esposo.

Con el advenimiento del cristianismo, el suicidio es considerado un acto contrario a la razón y pecaminoso. San Agustín en el siglo IV y, más tarde, en el XIII, Santo Tomás de Aquino dan cuerpo teórico a esta posición. Esta idea ha sido fundamental en el mundo occidental hasta casi nuestros días y ha penetrado la sociedad a través de generaciones.

Es decir, que la condenación de la conducta suicida en la doctrina cristiana aparece desde el II Concilio de Orleáns en 533, siguiendo las enseñanzas de San Agustín. Para éste, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que a aquellos que cometieran suicidio no se les podrían aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte, y en la edad media la Iglesia católica romana condenó expresamente esta práctica. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones, la cabeza era arrastrada por las calles y se exponía en la plaza pública como medida de escarmiento para desalentar ese tipo de comportamiento. Al comienzo de la edad media en Italia y Francia los cadáveres de los suicidas eran arrastrados desnudos por la ciudad y luego eran colgados desnudos para público escarnio (Teraiza y Meza, 2009).

El Concilio Vaticano II calificó el suicidio como una cosa vergonzosa que atenta contra lo cívico del ser humano y que constituye el más grave insulto al Creador. La Iglesia católica sólo ha canonizado a una suicida, Santa Pelaya, que se lanzó a un abismo para que no abusasen de ella unos asaltantes.

En la Edad Media los suicidios fueron infrecuentes en Europa, debido a la gran influencia y arraigo que tenían las creencias religiosas y a la severa legislación canónica. El suicida era comparado con el peor de los criminales. La condena eterna, la degradación del cadáver y el deshonor hicieron infrecuente este acto.

Durante catorce siglos la Iglesia mantuvo el enterramiento diferenciado o privación de sepultura eclesiástica. En 1983 el nuevo código de Derecho Canónico retiró estas sanciones.

Durante el Renacimiento, aunque algunas posiciones filosóficas disentían de la valoración del suicidio como pecado o crimen, y lo justificaban en determinadas circunstancias de dolor y sufrimiento, a nivel popular persistían las mismas actitudes de condena hacia los suicidas.

Con la revolución francesa y el nacimiento de la Ilustración, el suicidio deja de contemplarse como un acto criminal. Sin embargo, la Iglesia lo seguía prohibiendo y castigando, por lo que a nivel popular continuó la idea del pecado mortal.

Con el nacimiento del Romanticismo, se exalta el sentimiento, y se valoran las motivaciones psicológicas por encima de la ética y se considera el suicidio como un acto libre y como expresión de desesperanza.

Para Jasper y los filósofos existencialistas, el suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana y es la forma de expresar el hombre su libertad.

En la España de los siglos XVIII y XIX se condenaba el suicidio, ya que era un acto que iba contra Dios, aunque la pena era menor si se debía a enfermedad, miseria o falta de trabajo. En el siglo XX la postura cambia y se empieza a tener en cuenta la influencia del ambiente social y moral en la conducta suicida.

Hoy está condenado el suicidio en las religiones cristiana, judía e islámica.

El suicidio es un tema tabú en nuestra cultura porque no hemos sido educados en la idea de la muerte, incluso cuando se trata de un fallecimiento por causas naturales, y porque las creencias religiosas

predominantes en el sur de Europa siempre lo han considerado una conducta reprochable.

El suicidio no aparece en el glosario de la American Psychiatric Association y no es considerado como un trastorno mental ni para la CIE-10 ni para el DSM-IV, pero es un grave problema social que pone en evidencia la quiebra tanto en personas (de índole biopsicosocioespiritual) como en las comunidades (exclusión social, debilidad de las tradiciones, pobreza económica, falta de apoyos sociales, et…). (García Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado, 2007).

1.3. Términos de la conducta suicida

Es conveniente conocer y diferenciar entre:

- *Conductas suicidas*: Son todas aquellas conductas que se realizan con objeto de llevar a cabo de una manera consciente o inconsciente una acción suicida.

- *Riesgo de suicidio:* Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.

- *Suicidio consumado*: Es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito y la persona acaba con su vida.

- *Suicidio frustrado*: Acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.

- *Simulación suicida*: Es el acto suicida que no cumple su objetivo, porque ha y fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumar el acto.

- *Ideación suicida:* son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir, es decir, son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.

- *Gesto suicida*: Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará.

- *Amenaza suicida*: Es dar a entender con palabras a sobre una acción suicida que se realizará.

- *Suicidio colectivo*: La conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes. Los suicidios en grupo, tanto si implican un gran número de personas como si sólo son dos (como un par de enamorados o cónyuges), representan una forma extrema de identificación con la otra persona. Los suicidios de grandes grupos de gente tienden a ocurrir en sectas y en situaciones con una gran carga emocional.

- *Suicidio contagioso*: A veces cuando se conoce el suicidio de un personaje conocido de produce una aumento de la conducta suicida, lo que se conoce como contagio o efecto imitación o "efecto Werther" nombre del protagonista de la novela "Las desventuras del joven Werther" de Johann Wolfgang von Goethe, entendido como la exposición al suicidio o a conductas suicidas entre los miembros de la familia y el grupo de amigos; también puede darse el contagio mediático, a través de las noticias o reportajes de suicidios en los medios de comunicación cuando dan una cobertura repetitiva y continua del suicidio, lo que tiende a inducir a

pensamientos suicidas, particularmente en los adolescentes (OMS, 2000), como sucedió cuando Marylin Monroe se quitó la vida, las muertes por suicidio en jóvenes se incrementaron o el caso de la estrella japonesa Yukiko.

También se ha señalado el contagio entre los compañeros de trabajo cuando se suicida una persona en el lugar de trabajo (Hedström, Liu y Nordvik, 2008).

- *Suicidio racional*: Una persona que inmerso en una enfermedad crónica, incapacitante, deterioro progresivo, toma la decisión de que suicidarse es la solución a su sufrimiento.

- *Intento de suicidio*: Se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal. Se ha afirmado que el intento de suicidio es el predictor del suicidio, ya que entre un 10% y un 14 % de las personas que realizan un intento de suicidio, cometerán suicidio posteriormente. De ahí se deduce que cualquier persona que haya realizado un intento de suicidio tiene un riesgo de suicidio unas 100 veces mayor que la población general, durante el año siguiente al intento (Diekstra, 1993).

- *El parasuicidio,* término introducido por Kreitman (1977) para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte. Es decir, el parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los

autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras.

Aunque en Estados Unidos se utiliza el término intento de suicidio mientras en Europa se denomina parasuicidio o daño autofligido deliberado.

El los últimos años se ha empezado a distinguir entre conducta suicida mortal y conducta suicida no mortal, diferenciación que parece más adecuada.

El comportamiento suicida es un continuum o gradación secuencial que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo (Hernández, 1997; Pérez Barrero y Mosquera, 2002).

De todas formas podríamos diferenciar en la conducta suicida tres niveles o categorías: ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio.

2. ETIOLOGÍA DEL SUICIDIO

El suicidio es un síndrome pluricausal, en el que intervienen factores sanitarios y psicosociológicos de muy diversa índole, incluyendo creencias, cultura y filosofía vital. La determinación bio-psico-socio-cultural del suicidio, está hoy generalizada en la compleja plurideterminación que revela que éste no es un problema exclusivo del ámbito de la salud, los estudios epidemiológicos a nivel mundial lo indican como un grave problema de la Salud Pública.

Aunque las causas del acto suicida son múltiples, se ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, lo que ha establecido distintos modelos etiológicos que han tratado de explicar el suicidio (Maris, Berman y Silverman, 2000):

2.1. Etiología biológica

Desde el punto de vista biológico, se pone de manifiesto que las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. En concreto se han detectado niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquideo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009).

Las conductas suicidas han sido relacionadas con otros hallazgos bioquímicos como: la excesiva actividad del sistema noradrenérgico, (Van Heeringen, 2003), la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Gmitrowicz y Kolodziej-Maciejewska, 2001), la hipo colesterolhemia con altos niveles de cortisol sérico

(controversias y datos contradictorios al respecto) (Vevera, 2006). Datos recientes muestran como los porcentajes reducidos de ácido docosahexaenoico y bajas proporciones de Omega -3 en el perfil lipídico son predictores de riesgo suicida entre pacientes deprimidos (Sublette y otros, 2006).

2.2. Etiología genética

Aunque existen dudas sobre que el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o si está más relacionado con el ambiente familiar y social, el componente genético de la conducta suicida está determinado por variantes en múltiples genes que hacen al sujeto más vulnerable, ésta predisposición genética no es suficiente, por eso es necesario un desencadenante como el trastorno mental, enfermedades crónicas, incapacitantes o dolorosas, o un episodio de estrés.

Se ha comprobado a través de estudios familiares, gemelares y de adopción la influencia de la herencia poligénica. Y diferentes estudios ha mostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio. (Fu. y otros; 2002).

Se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2 (Willour y otros, 2007).

Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives.

2.3. Etiología psicológica

Los tres trastornos psicológicos más importantes que se han asociado con los intentos suicidas son: fracaso en la resolución de problemas interpersonales, altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y una mala regulación del afecto (Sidley, 2001). En la mayoría de las ocasiones la persona que realiza un acto suicida pone en juego su vida para que su vida cambie, ya que lo que puede ir buscando es que su vida sea otra porque la vive está llena de un sufrimiento inaguantable.

Para otros las ideas de suicidio surgen como una expresión extrema de un deseo de escapar a problemas o situaciones que la persona concibe como intolerables, insostenibles e irresolubles. La persona puede llegar a verse a sí mismo como una carga inútil, por lo que piensa que lo mejor para todos y para sí mismo sería estar muerto (Beck y otros,1993).

También se han estudiado algunos rasgos caracteriales que pueden presentar tendencias suicidas como: la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad. Los rasgos de personalidad más frecuentes en los adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración. (Vallejo Ruiloba, 2005). En este sentido, se ha relacionado el suicidio con aspectos como la desesperanza, la presencia de rumiación de ideas y el aislamiento social, independientemente del diagnóstico psicopatológico, lo que podría ser identificado como un síndrome específico, independiente de cualquier enfermedad mental (Ahrens y Linden, 1996). De modo que se podría definir como una entidad nosológica

independiente, caracterizada por la presencia de anhedonia, rumiación de ideas, ansiedad intensa, y sobre todo, desesperanza (Gracia Marco y otros, 2001).

Para Freud, en "Duelo y Melancolía" lo más importante en la psicodinamia del suicidio era la agresión y hostilidad hacia sí mismo al no poder ser exteriorizada. Fundamental la ambivalencia amor-odio presente en la psicodinamia de todo suicida, así como el suicidio como manifestación de la pulsión de muerte existente en toda persona. Considera los impulsos hacía el suicidio como impulsos homicidas, orientados anteriormente hacía otras personas y dirigido hacía el objeto amado previamente introyectado.

Hendin (1951) piensa que las fantasías inconscientes contribuyen al acto suicida en forma de deseos de escapar o de ser castigado o de venganza o de masoquismo o de ser recatado.

Adler en 1908, señaló que el niño nace con el impulso agresivo, que ya se manifiesta en el primer llanto del recién nacido y después en las manifestaciones motoras (golpear, forcejear, morder...). Posteriormente este impulso agresivo puede encauzarse a determinadas actividades como la práctica de deporte, las competiciones, el afán de poder, las luchas sociales, las religiosas, etc. Si este impulso agresivo se vuelve hacia uno mismo, le genera humildad, sumisión, subordinación, masoquismo y, puede llegar al suicidio (Adler, 1993). De modo que puede considerarse que el suicidio es un homicidio contra uno mismo, en el que la agresividad que se siente hacia el entorno se dirige hacía uno mismo. Un acto suicida a menudo contiene evidencias de agresión hacia otros, como ocurre en los asesinatos seguidos por un suicidio y

en la alta incidencia de suicidios entre los prisioneros que cumplen condena por crímenes violentos.

Dentro de los aspectos más destacados de la psicodinamia de los suicidas se encuentran: venganza, poder, castigo, reparación sacrificio, restitución, evasión, rescate, renacimiento, reunión con los muertos, vida nueva.

La probabilidad de que el acto se realice se incrementa cuando se sufre una pérdida de un objeto querido, cuando se experimentan afectos abrumadores de furia o culpa (Teraiza y Meza, 2009).

Desde el punto de vista psicoanalítico es suicidio se considera un acto "logrado". Es decir un encuentro siempre fallido con el Otro. En este sentido se constituye en un intento de lograr separar en el plano real lo que no se logra o se logra fallidamente en lo simbólico. En este sentido el suicidio es siempre un acto singular. Socialmente se suele buscar las causas que llevan a un suicidio, pero la causa de un suicidio estructuralmente es una causa vacía, que responde a una trama subjetiva singular. Es así que el rastreo con el fin de encontrar situaciones de malestar nunca lleva a buen puerto, porque un problema dado no basta para provocar suicidio.

También se ha analizado el concepto de vulnerabilidad personal, que sería la resultante de a exposición a los factores de riesgo y a los factores protectores. Durante las diferentes etapas de la vida puede adquirirse una mayor vulnerabilidad hacía el acto suicida, por lo que sería posible intervenir en cada una de estas etapas de la vida para realizar prevención (Silverman y Felner, 1995). El modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida considera que este

comportamiento es el resultado de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) y no la respuesta lógica a factores estresantes extremos (Mann y otros,1999).

Otros han explicado la conducta suicida con el modelo estresor-diátesis. En este modelo los estresores (eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva) son los precipitantes observables del acto suicida. La diátesis o vulnerabilidad se caracteriza por la tendencia al pesimismo y la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad (Oquendo y otros, 2004).

2.4. Etiología sociológica

Desde el punto de vista sociológico pretende recoger los factores de riesgo que pueden incrementar el riesgo de cometer un acto suicida.

1. La frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las mujeres (principalmente mediante intoxicaciones medicamentosas) que entre los hombres (OMS, 2000).

Los varones apelan a procedimientos violentos como horca, armas de fuego y precipitación y las mujeres a sobredosis o la inmersión.

2. Las tasas de suicidio aumentan con la edad, destacando la crisis de la mediana edad. Entre los varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años; entre las mujeres los números más altos de suicidios consumados se registran después de los

55 años. En las personas de la tercera edad los intentos son menos frecuentes, pero el éxito es mayor (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

3. La frecuencia de suicidios es más alta en varones de raza blanca, siendo las tasas menores en varones de raza negra y en blancos de origen hispano (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

4. Las tasas de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores a la de los protestantes y a la de los judíos pero es importante señalar el grado de ortodoxia y de integración en esta categoría más que la simple afiliación religiosa institucional (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

5. El suicidio es mayor entre los solteros, divorciados y viudos que en los casados, la ruptura de relaciones significativas ejerce un peso importante en la conducta suicida, la separación marital y el hecho de vivir solo aumenta el riesgo (Teraiza y Meza, 2009).

6. A mayor nivel social de una persona, mayor es el riesgo suicida pero una caída en la escala social también aumenta el riesgo. Tienen más riesgo las personas desempleadas, lo que probablemente esté mediado por la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

7. En cuanto a la profesión ciertos grupos ocupacionales como los psiquiatras, oftalmólogos y anestesistas tienen un riesgo mayor de suicidio. También los músicos, dentistas, agentes de policía y de seguros y por último abogados (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

8. La migración con sus problemas añadidos: Vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas, aumenta el riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009).

Emile Durkheim fue el primero en explorar la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio, menciona que los factores que pueden influir en la conducta suicida son: falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece. Postuló que el acto suicida era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista, y lo definió como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado.

A cada sociedad le corresponde un número de suicidios. Los hay de tipo egoísta (se da en sociedades donde el individuo carece de integración), anómico (se da en sociedades cambiantes en la que se pierde el control social), fatalista (se da en sociedades con un alto grado de regulación social) o altruista (el suicida se limita a representar lo que es la voluntad de su sociedad, pues su acto intenta afirmar y prolongar sus significaciones: Se da en sociedades en las que el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad –kamikazes-.) (Durkheim, 1995).

3. EPIDEMIOLOGÍA

Los datos estadísticos sobre actos suicidas están mediatizados por variables como son los prejuicios familiares y religiosos, las cuestiones políticas, los hábitos culturales, etc.

La manera en que se registran las defunciones de todo tipo varía enormemente de un país a otro, lo que hace difícil comparar las tasas de suicidio de los diferentes países. Aunque los países tengan criterios uniformes, la aplicación de los criterios puede variar considerablemente.

También dentro de un mismo país, las tasas de suicidio informadas pueden variar según la fuente de los datos, sea ésta la: Organización Mundial de la Salud, los Ministerios de Sanidad u otras Instituciones.

El número de suicidios es a menudo subestimado. El alcance de esta subestimación varía de país a país, dependiendo principalmente de las formas en que se determine el suicidio. Como las estadísticas de suicidio se basan principalmente en los certificados de defunción y en las investigaciones judiciales, pueden no reflejar la verdadera prevalencia del suicidio en una población, ya que los datos son el resultado de una cadena de informantes: el que encuentra el cuerpo (a menudo miembros de la familia), el médico, la policía, médicos forenses y estadísticos.

Cualquiera de estas personas puede resistirse a definir la muerte como un suicidio, lo que suele ser frecuente en comunidades en las que las actitudes religiosas y culturales condenan el suicidio, ya que se puede ocultar un suicidio para evitar la estigmatización del suicida o de su familia, por conveniencia social, por razones políticas, para beneficiarse de pólizas de seguro,

o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace parecer un accidente. El suicidio también puede clasificarse equivocadamente como defunción por una causa indeterminada o por causas naturales (cuando una persona mayor deja de tomar la medicación y muere por ello).

El suicidio puede no ser reconocido oficialmente cuando quienes están recibiendo medicamentos toman una sobredosis, cuando las personas deliberadamente se dejan morir de hambre (suicidio por inanición) o cuando las personas mueren algún tiempo después del intento de suicidio. En estos casos, así como en los de eutanasia o suicidio asistido, la causa clínica de muerte es por lo general la que se informa oficialmente. El subregistro está también relacionado con la edad, y puede darse con más frecuencia en las personas de la tercera edad.

A pesar de todas estas advertencias, se ha alegado que la clasificación relativa de las tasas nacionales de suicidio es razonablemente exacta.

En contra de la creencia general, hay más muertes por suicidio que por homicidio. Se ha estimado que en el mundo se suicidan cada día unas 2700 personas y los intentan 54000, y casi 1 millón de personas muere al año por suicidio (OMS, 2004), lo que hace una tasa de mortalidad de 16 por cien mil habitantes o una muerte cada 40 segundos.

La OMS calcula que el suicidio representa el 1,5% de los fallecimientos en todo el mundo, con especial prevalencia en los países menos desarrollados (Hawton y Van Heering, 2009).

Las cifras crecientes de los casos de suicidio consumado representan un grave problema de salud

pública, estimándose que en lo que llevamos de siglo ya se han producido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo. Según cálculos de la OMS (2005) los suicidios representaban el 1,8% de las muertes en el año 1998 y estimaban que para el año 2020 se incrementaría hasta el 2,4% (OMS, 2005). Por otro lado el 17% de las causas de muerte de origen traumático, sobrepasando el millón de casos al año en todo el mundo, cifra que se elevará a 1,53 millones de personas en el 2020 (Bertolote y Fleischmann, 2002).

La OMS clasifica las tasas de suicidio de una comunidad en función del número de suicidios/cien mil habitantes/año. De modo que cifras inferiores a 5 suicidios/cien mil habitantes/año se consideran bajas, entre 5 y 15 medias y de 15 a 30 altas y por encima de 30 muy altas (Platt, 1984).

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en personas entre los 15 y los 34 años. Y los intentos de suicidio son hasta 20 veces más frecuente que el suicidio consumado. Pero existe una distribución bimodal en cuanto a la edad del suicidio (15-34 años) y (> 65 años) (Qin, 2005) (FEAFES, 2006).

Un marcador demográfico importante del riesgo de suicidio es la edad. A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad.

Aunque tradicionalmente las tasas de suicidio han sido más alta entre los varones de edad avanzada, las tasas de los jóvenes han ido en aumento hasta tal punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo.

Las tasas de suicidio de los hombres son superiores a las observadas en las mujeres. La frecuencia de suicidio

entre varones es cuatro veces superior a las de las mujeres (Huergo y Ocio, 2009). La mayoría de los suicidas son hombres, excepto en China y el sur de la India, donde las mujeres jóvenes son muchas más las mujeres que se suicidan.

Los intentos de suicidio son más frecuentes antes de llegar a la mediana edad, sobre todo entre las adolescentes solteras y entre los solteros alrededor de los 30 años. Aunque las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres veces mayor que los hombres, éstos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres.

A nivel mundial, las cifras de autolesiones se estiman entre 3-5% de la población mayor de 16 años, incluidos los suicidios consumados. La cifra anual en la Unión Europea es de 800 a 1.000 casos por cada cien mil/año. Del 15-30 % de los pacientes que se autolesionan repiten la conducta antes del año, y entre el 1-2% se suicidarán entre los 5 y 10 años siguientes a la tentativa.

Diariamente se producen en el mundo de 8 mil a 10 mil intentos de suicidio, de los que 1.000 lo consiguen. Según la OMS, el suicidio sería la décima causa de muerte en los países civilizados.

Entre los 15 y 30 años el suicidio es la segunda causa de muerte, tras los accidentes de tráfico. También son los usuarios de páginas de Internet sobre estos temas.

El suicidio es la causa del 30% de las muertes entre los estudiantes universitarios y del 10% de las muertes en personas entre 25 y 34 años. Es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Sin embargo, más del

70% de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta en los mayores de 60 años, sobre todo en los varones.

Las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales.

Con respecto a la etnia, la prevalencia del suicidio entre los blancos es aproximadamente el doble de la observada en otras razas, aunque recientemente en los Estados Unidos se ha informado una tasa más alta en los negros. Se ha observado que los individuos blancos se suicidan con mayor frecuencia, casi el doble, que los individuos de otras razas y que el pertenecer al mismo grupo étnico se asocia con tasas similares de suicidio. En cambio los grupos étnicos diferentes que viven en el mismo lugar pueden presentar tasas de actos suicidas diferentes (Qin, 2005).

Las personas casadas tienen menos probabilidades de intentar o de consumar el suicidio que las personas separadas, divorciadas o viudas que viven solas. Los suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado (Smith, Mercy y Conn, 1988).

Se ha señalado que el 90% de quienes se quitan la vida tienen algún tipo de trastorno mental, y que el 50% de los suicidas cumplía los criterios de depresión, aunque esta asociación es algo más débil en los países asiáticos. En la misma línea, se señala que el 10%-15% de los individuos con un trastorno bipolar muere por esta causa; mientras que en el caso de la esquizofrenia, el suicidio está presente en el 4%-5% de los fallecimientos. Patologías como el cáncer, el sida, la esclerosis múltiple o la epilepsia también aumentan el riesgo, según se ha

observado en algunos trabajos (Hawton y Van Heering, 2009).

Respecto al sexo, la tasa es doble en hombres que en las mujeres, aunque estas diferencias no son tan acentuadas en los países del Tercer Mundo (y en China, por ejemplo, se suicidan más mujeres que varones).

También difiere la tasa de suicidio según el estado civil, con un mayor riesgo en personas viudas, divorciadas y que viven solas, que las casadas.

Parece que las estaciones del año tienen cierta influencia, ya que se ha observado que se da un aumento del suicidio en primavera y en otoño (Lee y otros, 2006).

Se ha señalado que los ateos tienen una tasa más alta de suicidios que los creyentes, y entre estos, la tasa más alta es la de los budistas, seguidos de los cristianos, hindues y por último los musulmanes (Bertolote y Fleischmann, 2002).

Muchos suicidios ocurren en las cárceles entre los varones jóvenes que no han cometido crímenes violentos. Estas personas generalmente se ahorcan, a menudo durante la primera semana de cárcel.

La Organización Mundial de la Salud señala que las tasas más altas de suicidio se observan en Europa del Este (Bielorusia, Estonia, Rusia Hungría, Finlandia y Lituania), es el llamado cinturón suicida (Bertolote y Fleischmann, 2002).

También la Oficina Regional de la OMS las tasas de suicidio también son altas en países isla (Japón, Cuba, San Mauricio, Sri Lanka) (Huergo y Ocio, 2009). En Japón, se da un promedio de treinta mil suicidios al año.

Las tasas bajas de suicidio se encuentran en los países islámicos del Mediterráneo, en América Latina (Colombia y Paraguay) y en algunos países de Asia (Filipinas y Tailandia).

En otros países de Europa, América del Norte y en partes de Asia y el Pacífico las tasas tienden a ubicarse entre estos extremos (Alemania, Polonia, Suecia, Noruega, Canadá, Estados Unidos y una tasa algo superior Francia, Suiza, Austria, Dinamarca y Ucrania) (Guibert Reyes, 2002).

Lamentablemente, se cuenta con poca información sobre el suicidio en los países de África.

Según la OMS, en Europa cada año mueren cincuenta y ocho mil personas por suicidio, siete mil más que por accidentes de automóvil.

El suicidio en Europa es la segunda causa más común de muerte entre los 15 a 44 años. Para las mujeres de la misma edad, el suicidio es la cuarta causa más común de muerte (Jacobsson y Renberg, 1999).

En España en 2007 según el Instituto Nacional de Estadística fue de 7 suicidios/cien mil habitantes/año aproximadamente, y en 2008 del 7,58 muy por debajo de la media de la unión europea.

La tasa de mortalidad por suicidio en España ha aumentado en los últimos 30 años, variación que algunos epidemiólogos consideran que es debido al subregistro que se ejerció durante el periodo franquista.

En 2008 murieron ya más personas a causa de un suicidio 3457 personas, de los cuales 2676 eran hombres y 781 eran mujeres.

Mientras que a causa de un accidente de tráfico murieron 3021 personas. Las defunciones por accidente de tráfico se redujeron un 20,7 por ciento en 2008, por lo que dejaron de ser la primera causa externa de muerte entre la población española, posición que ocupaban hasta la fecha y que ahora corresponde a los suicidios (Instituto Nacional de Estadística, 2010).

Las tasas de suicidio en España son de 12,6 para los varones y 3,9 para las mujeres, lo que implica que es más del triple en las mujeres que en los hombres.

Los varones consuman el suicidio con una frecuencia entre 2 y 4 veces mayor que las mujeres, mientras que éstas realizan intentos de suicidio con una frecuencia 2-3 veces superior a la de ellos (XIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Madrid, 2009).

En España hay cada año unas 40000 tentativas de suicidio, de las cuales casi 3500 acaban en muerte. Las causas desencadenantes del suicidio no está claras y son múltiples y variadas, desde la genética hasta elementos ambientales externos. Sin embargo, los focos sociales más permeables al suicidio, estadísticamente, son los jóvenes y los ancianos.

Distribución por edad y sexo de los suicidios en España por cada 100.000 habitantes (INE, 2008)

	Ambos sexos	**Hombres**	**Mujeres**
Todas las edades	3.475	2.676	781

Menores de 15 años	4	2	2
De 15 a 19 años	41	30	11
De 20 a 24	127	108	19
De 25 a 29	212	170	42
De 30 a 34	254	209	45
De 35 a 39	309	246	63
De 40 a 44	341	262	79
De 45 a49	299	239	60
De 50 a 54	284	225	59
De 55 a59	266	199	67
De 60 a 64	225	163	62
De 65 A69	226	167	59
De 70 a 74	231	172	59
De 75 a 79	255	191	64
De 80 a 84	215	170	45
De 85 a 89	120	84	36
De 90 a 94	39	31	8
De 95 años y más	9	8	1

En España los factores sociales especialmente ligados a los papeles de sexo y los cambios en estos papeles, son las explicaciones más probables de esta mayor vulnerabilidad de los varones, según señalan los autores del Informe SESPAS, 2006.

El riesgo de suicidio aumenta en parados, jubilados o trabajadores con situación inestable. La pérdida de empleo o el desempleo por grandes períodos se atribuyen más a fracasos individuales que a problemas sociales y derivan en problemas de identidad, pérdida de control, desamparo y depresión. El varón puede reaccionar con inexpresividad emocional, agresividad, consumo de sustancias y suicidio.

La depresión es cada vez más frecuente y hay una clara asociación entre sufrir una depresión y presentar una conducta suicida: Los trastornos depresivos están presentes aproximadamente entre el 65-90% de los suicidios. No obstante, aunque la depresión es más común en mujeres (3:1), el suicidio es más frecuente en varones. No hay una respuesta satisfactoria a esta aparente contradicción, pero los expertos barajan los siguientes factores: la frecuencia de alcoholismo (segundo factor de riesgo del suicidio) es mayor entre los varones; los varones son más reacios a consultar por problemas de depresión; además, el varón utiliza métodos más efectivos para que el acto suicida se consume y, por último, hay que tener en cuenta que existe cierta evidencia del papel protector que ejerce el embarazo, la lactancia y la compañía, y el cuidado de los hijos frente al suicidio.

Otra posible explicación del aumento de la mortalidad por suicidio entre los varones jóvenes puede ser la epidemia de sida y de adicción a las drogas por vía

parenteral que se observó en España en las décadas de los años ochenta y noventa.

4. MÉTODOS PARA EL SUICIDIO

Los métodos empleados varían de forma importante según los países, las culturas, características demográficas y épocas. Los mecanismos que eligen los suicidas para suicidarse son variados y depende más de la accesibilidad que de la consideración de si el método es letal o no. También puede reflejar la seriedad del intento, puesto que algunos métodos, como dispararse en la sien, hacen casi imposible que se sobreviva, mientras que otros, como la ingestión medicamentosa, puede no ser letal. Los métodos violentos, como las armas de fuego o los ahorcamientos, son poco utilizados por aquellas personas que sólo quieren llamar la atención porque generalmente conducen a la muerte. Sin embargo, por el método utilizado no se puede distinguir la seriedad o no del intento de suicidio.

En la elección del método intervienen múltiples factores, como la disponibilidad y accesibilidad de los mismos, su aceptación sociocultural, la imitación, y la confianza en su capacidad letal. En los Estados Unidos el 57 % de los suicidios consumados de producen mediante armas de fuego, mientras que en España, donde el acceso a las armas de fuego es más difícil, los métodos más empleados son la precipitación, las intoxicaciones y el ahorcamiento. Y la evidencia indica que la restricción del acceso a los medios de suicidio es más urgente y técnicamente viable que nunca (Ajdacic-Gross y otros, 2007).

Entre los métodos utilizados, entre otros, están: la precipitación, el ahorcamiento (utilizado con frecuencia en las cárceles entre los varones jóvenes que no han

cometido crímenes violentos), la asfixia con bolsa de plástico en la cabeza, la intoxicación medicamentosa, la intoxicación por gases, el envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, la inanición o ayuno prolongado, el suspender la medicación prescrita, el accidente de tráfico provocado, el arrojarse al paso de vehículos (coche, tren, camión…), el disparo con arma de fuego, inmolación, tragar objetos punzantes o cortantes y el apuñalamiento o eventración (Maris, Berman y Silverman, 2000; Asociación de Investigación, prevención e Intervención del Suicidio, 2009).

Parece que le elección del método para el acto suicida tiene relación con la influencia sociocultural e incluso geográfica (mar, vía férrea, zona agrícola-pesticidas.) ya que la zona geográfica está relacionada con el acceso a herramientas que faciliten el acto suicida (Morales y Jiménez, 1996).

El suicidio con plaguicidas y el suicidio por arma de fuego tienden a reemplazar a los métodos tradicionales en muchos países. El envenenamiento con plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, mientras que la intoxicación medicamentosa era frecuente en los países nórdicos y en el Reino Unido. El ahorcamiento era el método de suicidio preferido en Europa oriental, al igual que las armas de fuego en los Estados Unidos y el salto al vacío en ciudades y sociedades urbanas como la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China.

Se ha diferenciado entre métodos violentos y no violentos, lo que guardaría relación con la impulsividad del acto suicida, y que son predominantes los actos suicidas violentos en primavera y otoño (Miró García y otros, 2006).

También se ha señalado que las personas con trastorno bipolar II utilizan métodos significativamente más violentos y letales que las personas con trastorno bipolar I (Novick, Swartz y Frank, 2010).

Lester (1971) ha clasificado los suicidios en activos como ahorcadura, precipitación, armas de fuego, armas blancas; y pasivos como gases, drogas, venenos.

En esta misma línea Isometsa y otros (1994) consideran los suicidios por ahorcadura, disparo, instrumentos cortantes, precipitación y atropello ferroviario como violentos y los suicidios por sumersión, uso de gases, tóxicos, drogas o venenos como no violentos.

Maes y cols. (1994) añaden como violentos los suicidios por explosivos e instrumentos punzantes, y clasifican la inmersión como violento, mientras que Altamira y otros (1999) consideran el accidente de coche dentro del suicidio violento y la ingestión de sustancias sólidas o líquidas como métodos no violentos.

Los métodos más violentos y activos como dispararse o colgarse, son utilizados más por los varones, mientras que las mujeres suelen utilizar métodos menos violentos y pasivos como el envenenamiento como la ingesta de fármacos (Arranz, 1997).

Entre los suicidios consumados, el arma de fuego es el método más usado en los países donde su tenencia es legal. Es un método usado predominantemente por varones. Las mujeres son más propensas a usar métodos no violentos, como la intoxicación farmacológica y la inmersión, aunque en los últimos años han aumentado los suicidios por arma de fuego entre las mujeres.

El establecimiento de la diferenciación entre métodos suicidas violentos y no violentos, guardaría relación con la impulsividad del acto suicida. Algunas veces el intento de suicidio ocurre de forma impulsiva por la crisis generada por algún acontecimiento vital estresante.

La disponibilidad de información sobre los métodos de suicidio más frecuentes es importante para idear estrategias y programas de prevención del mismo.

5. INDICADORES DE RIESGO

Las personas con riesgo suicida realizan manifestaciones prodrómicas del suicidio.

Los indicadores de riesgo pueden ser conscientes o inconscientes y, en muchas ocasiones, es una señal de una persona que no es capaz de expresar lo mal que se siente o una petición de ayuda, por eso es conveniente tener en cuenta los indicadores de riesgo siguientes (Maris, Berman y Silverman, 2000; Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio, 2009):

- Verbalizar frases que indican un acto suicida como: "prefiero estar muerto" "cuando me muera me echaréis de menos".

- Escribir notas sobre el suicidio o la muerte (que se pueden clasificar como 1. notas de disculpa, 2. basadas en enfermedades incurables, 3. acusatorias, 4. con instrucciones y 5. una mezcla de todas ellas (Jacob, 1967, citado por Matusevich y Pérez Barrero, 2009).

- Hacer testamento o donar o tirar pertenencias importantes.

- Pasar bruscamente de un estado de ánimo a otro diferente

- Realizar conductas erráticas, sin objetivo alguno.

- Visitar a amigos y familiares en plan de despedidas.

- Acumular fármacos.
- Hablar sobre el suicidio, incluso bromeando.
- Sufrir una depresión mayor.
- Cambiar de hábitos alimenticios y del sueño.
- Perder el interés en las actividades habituales.
- Abandonar a los amigos y a la familia.
- Aumentar el consumo de alcohol y de drogas.
- Provocar situaciones de riesgo innecesarias.
- Sufrir un aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales.
- Tener un comportamiento temerario.
- Poner orden en los asuntos y regalar posesiones de valor.
- Tener un cambio radical en el comportamiento, en la actitud o en la apariencia del aspecto físico.
- Sufrir una pérdida importante o cambio de vida.
- Haber sufrido abuso sexual o maltrato físico (Santa Mina y Gallop, 1998).
- Tener una historia familiar de suicidio o violencia.

- Haber fallecido un amigo íntimo o un miembro de la familia.

- Haberse divorciado o separado recientemente.

- Tener fracaso escolar.

- Haber perdido el trabajo o problemas laborales.

- Tener procesos legales inminentes.

- Estar encarcelado (los varones jóvenes que no han cometido crímenes violentos, suelen suicidarse durante la primera semana de cárcel o haber sido excarcelado recientemente) (Muñagorri Sansalvador y Peñalver Peña, 2008: Mójica y otros, 2009).

- Provocar conflictos y peleas.

- Infringir la ley.

- Autolesionarse.

- Haber tenido una conducta previa de suicidio.

- Tener problemas en la esfera sexual.

- Tener escaso o nulo apoyo de la familia y amigos.

- Sentirse marginado.

- Tener sentimientos de culpabilidad.

- Ser rígido, con pensamiento obsesivo, con poca capacidad de resolución de problemas y un autoconcepto negativo (Rodríguez Pulido y otros, 1990).

- Tener sentimientos de inutilidad y de pérdida de autoestima.

- Expresar sentimientos de desesperanza.

Además toda persona ante de realizar un acto suicida evidencia una serie de síntomas que constituyen el síndrome presuicidal (Ringel 1949, citado por De Leo, 1998), que consiste en un retraimiento de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacía sí y la existencia de fantasías suicidas (FEAFES, 2006).

Para la evaluación del riesgo de suicidio se puede utilizar la Escala SAD PERSONS (Anexo 1), la Escala de IDEACIÓN SUICIDA (SSI) (Anexo 2), la Escala de ROJAS PARA VALORAR EL RIESGO DE SUICIDIO (Anexo 3) y la Escala de Desesperanza (Anexo 4).

6. FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

Los factores de riesgo hacen referencia a las características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida. Unos factores pueden tener más peso que otros, y sobre todo la combinación de varios factores de riesgo.

Aunque los datos tienen algunas diferencias (OMS, 2001; García de Jalón, 2002; Pascual Pascual y otros, 2005; Maris, Berman y Silverman, 2000); OMS (2009), en general se podría establecer que son factores de riesgo:

- No tener ideales religiosos. Se han encontrada tasas menores de suicidio en creyentes y practicantes frente a no creyentes.

- Vivir en zonas con aislamiento social (sobre todo en las zonas deprimidas de las grandes ciudades, pero también en áreas rurales despobladas).

- Las mujeres que crecen en un entorno urbano (Von Borczyskowski, Lindblad, Vinnerljung y Hjern, 2010).

- Tener padres con trastorno psicótico o afectivo es un factor de riesgo sobre todo para las mujeres (Von Borczyskowski, Lindblad, Vinnerljung y Hjern, 2010).

- Tener padres que han realizado conducta suicida (Roy, 1983; Wilcox y otros, 2010).

- Padecer trastorno mental: En más del 90 % de los casos existe enfermedad psiquiátrica concomitante (Moscicki, 2001; Harris y Barralough, 1997).

Por orden de frecuencia tenemos:

- Trastornos del humor (afectivos): El riesgo de suicidio es de un 15% a un 20%, siendo mayor en la depresión mayor y en el trastorno bipolar. El suicidio es más probable en el trastorno bipolar que en el trastorno unipolar y mucho menor en las formas crónicas Es menos frecuente en la primera etapa de quejas afectivas. El riesgo aumenta en las formas graves (depresión mayor) y con la edad (depresión en la tercera edad). También se observa un aumento del riesgo de suicidio al comenzar el tratamiento antidepresivo, ya que mejora la inhibición psicomotora antes que el ánimo depresivo.

Las depresiones estacionales también pueden influir en la relación entre depresión y suicidio y explique el leve aumento del suicidio en primavera y otoño (Lee, 2006).

- Drogodependencias: En el alcoholismo se da una la tasa de suicidios del 15 % (Frances y otros, 1986). La incidencia es algo menor en otras drogodependencias (10 %), como el consumo de opiáceos y cocaína. De manera que el abuso del alcohol y de sustancias psicoactivas influyen en el 25% de los suicidios y facilitan la aparición de ideas suicidas.

- Esquizofrenia: La tasa de suicidios es del 10% y el 30% de los sujetos esquizofrénicos realizan tentativas de suicidio, la mayor parte de los suicidios consumados se dan entre varones, con una media de 30 años, soltero y en situación de desempleo, con buena adaptación premórbida, nivel educativo medio y mayores

expectativas de futuro (Gómez Macias y otros, 2007). Se asocia a la actividad alucinatoria y a la depresión. Los trastornos esquizofrénicos son momentos de especial riesgo los primeros años de la enfermedad o las semanas subsiguientes a un alta hospitalaria. Se da más en jóvenes, en los primeros cuatro años de evolución de la enfermedad y asociado a las repetidas agudizaciones de la misma y a tentativas de autolesiones (Robinson y otros, 2010). Y el perfil identificado del esquizofrénico de alta suicidabilidad es el de un paciente con desesperanza a pesar del alejamiento temporal de una fase aguda (Acosta Artiles, 2003).

▪ Trastornos de la personalidad: Los trastornos de mayor riesgo son el tipo disocial y el trastorno de la personalidad borderline o límite y aquellos trastornos que se caracterizan por conductas impulsivas.

▪ Trastorno alimentario y dismórfico corporal oscila entre el 16% y un 39% (Grant, Wom y Crow, 2001; Toro y Castro, 2005).

▪ Síndromes mentales orgánicos: Se incluyen la demencia y la enfermedad de Parkinson, fundamentalmente.

• Tener una historia de intentos y amenazas de suicidio:

▪ Hay una historia de intentos previos entre el 25% y el 50 % de los actos consumados.

▪ Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas.

- Estar en el grupo etáreo que corresponde a los jóvenes (15-34 años) o a la tercera edad (>65 años) (Qin, Agerbo y Mortensen, 2003) (Qin, 2005).

    - En el varón la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años. Consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres.

    - En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55 y 65 años. Intentan suicidarse 2-3 veces más que los hombres.

- Estar comprometido en los siguientes grupos sociales (Qin, Agerbo y Mertensen, 2003) (Qin, 2005):

    - Estado civil: Solteros, viudos, separados y divorciados.

    - Soledad: Vivir solo, pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año.

    - Pérdida del rol o status social.

    - Ser emigrante o con desarraigo y marginalidad reciente.

    - Desempleo.

    - Pertenecer a la raza blanca.

- Tener problemas graves en el área familiar (pérdida de personas queridas, familiares con trastorno mental o abuso de drogas, familiares con conducta suicida, violencia física, psíquica o sexual en la familia), en el área social (aislamiento social) o en el laboral (pérdida de trabajo, quiebra económica, acoso-conflicto laboral).

- Acumulación de acontecimientos vitales estresantes (Vizan Ferrero y otros, 1994).

- Presencia de armas de fuego en el hogar.

- Estar encarcelado o recién excarcelado.

- Padecer una enfermedad física que curse con dolor crónico o una enfermedad que genere incapacidad o sea crónica o terminal (cáncer, VIH, esclerosis múltiple, discapacidades motoras, visuales o auditivas…) o una lesión invalidante o deformante (Bisen, 1997).

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo a la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo de suicidio se presentan combinados. A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

6.1. Factores de riesgo en la niñez

El suicidio en las edades tempranas de la vida es uno de los indicadores más trágicos y alarmantes sobre la salud mental de una sociedad.

En la infancia los factores de riesgo se deben detectar, principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor. Hay que tener en cuenta si fue un niño deseado o no, pues en este último caso existirán en mayor o menor grado, de forma explícita o encubierta, diferentes manifestaciones de rechazo, con la lógica repercusión psicológica en el menor.

Por un lado, los padres demasiado jóvenes pueden tener hijos con problemas con la educación del niño

debido a la inmadurez psícoafectiva. Por otro, los padres demasiado mayores pueden tener dificultades en el cuidado de sus hijos por la disminución de la energía vital que impida satisfacer las demandas del niño, lo que provoca actitudes que pueden ir desde la sobreprotección más extrema hasta la permisividad absoluta.

El trastorno mental (trastorno de la personalidad disocial o de inestabilidad emocional o un trastorno depresivo o drogodependencia o esquizofrenia) de alguno de los progenitores puede ser un factor de riesgo en los hijos.

También tiene un factor de riesgo el niño con características psicológicas de disforia, agresividad, hostilidad, manifestaciones de trastorno del control de los impulsos, con escasa tolerancia a la frustración, incapaces de demorar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, con intentos suicidas previos, manipuladores, que asumen el rol de víctima; celosos de los hermanos, susceptibles y rencorosos, que expresan ideas de morir o suicidas, tímidos, con pobre autoestima y pasivos son más susceptibles de realizar un acto suicida.

Las patologías mentales graves en el niño también es un factor de riesgo.

El clima emocional en el cual convive el menor es otro factor de riesgo, ya que un entorno familiar desorganizado, un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres o donde haya maltrato psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas de cada miembro de la familia pueden generar un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida.

También hay que valorar la presencia de familiares, principalmente padres, hermanos y abuelos, con antecedentes de comportamiento suicida, por la posibilidad del aprendizaje por imitación. La existencia de amigos o compañeros de escuela con dicha conducta, también pueden predisponer a la realización de este acto.

Además otros factores de riesgo pueden ser:

- Relaciones afectivas deterioradas (divorcio de los padres, separación, muerte de un ser querido).

- Problemas en la escuela con los compañeros o con los profesores.

- Querer reclamar afecto y atención.

- Desear castigar a otros.

- Reunirse con un ser querido fallecido.

La existencia de un motivo no desencadena habitualmente un acto suicida de inmediato, por impulso, sino que el niño comienza a dar una serie de señales en su conducta que de manera general se manifiestan en cambios de comportamiento en la casa o en la escuela, en los hábitos alimenticios, en los hábitos de sueño, en el estado de ánimo, en los juegos y el ocio.

6.2. Factores de riesgo en la adolescencia

La adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos.

El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito, y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. En ocasiones, el suicidio puede parecer una solución. La mayoría de adolescentes tras un intento de suicidio manifiestan que lo hicieron porque estaban intentando escapar de una situación que se sentían incapaces de afrontar o les parecía imposible de superar, o porque deseaban acabar de una vez por todas con los insoportables pensamientos y sentimientos que tanto les atormentaban. Quizá, quieren escapar de sentimientos de rechazo, dolor o pérdida, o están enfadados, avergonzados o se sienten culpables, o les preocupa decepcionar a sus amigos o familiares o no se sienten no queridos o se siente poco atractivos o maltratados o se creen una carga para los demás.

En el hogar, además de los factores de riesgo mencionados en la niñez, hay que tener en cuenta aquellos que lo abandonan de manera permanente muy jóvenes; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales… (Buendía Vidal, 2004).

Otro factor de riesgo en la adolescencia es el debut del trastorno mental como el trastorno depresivo, el trastorno bipolar, el trastorno esquizofrénico o el abuso de drogas.

La adolescencia es la edad o periodo en que con más frecuencia debuta el trastorno esquizofrénico o la drogodependencia.

De manera que algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse en la adolescencia son:

- Trastorno mental o drogodependencia.
- Comportamientos impulsivos.
- Acontecimientos vitales estresantes no deseados o pérdidas recientes (ruptura familiar, separación de los padres y falta de comunicación con los padres).
- Antecedentes familiares de trastorno mental o drogodependencia.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Violencia familiar (abuso físico, sexual o verbal/emocional).
- Intento de suicidio previo.
- Presencia de armas de fuego en el hogar.
- Encarcelación.

- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluida la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

Por tanto, para el adolescente debe valorarse como riesgo de suicidio (Pérez Barrero, 2002):

1. La conducta suicida (idea suicida, gestos, amenazas y plan de suicidio, método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, etc.).

2. Clima familiar (relaciones disarmónicas con padres, violencia familiar, padres con enfermedad mental, familiares con conducta suicida).

3. Cuadro clínico (enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previa del adolescente).

4. Estado psicológico (desesperanza, impulsividad, sentimientos de soledad, angustia, sentimientos de culpa, consumo de drogas, depresión, ira, agresividad…).

5. Acontecimientos vitales estresantes (muerte de algún familiar, fracaso amoroso con pérdida de la relación afectiva, abuso sexual, conflictos con amigos, acoso escolar, fracaso escolar, problemas familiares, etc.).

Se ha afirmado que la desesperanza es más importante que la depresión para explicar ideaciones suicidas, aunque ambas son variables relevantes ante el acto suicida (Beck y otros, 1993).

Es posible que los adolescentes no busquen ayuda para los pensamientos suicidas porque creen que nada

ayudará o son renuentes a comentarle a alguien que tienen problemas o piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad o desconocen dónde pueden acudir para pedir ayuda (Pérez Barrero, 2002).

Por otro lado, se ha demostrado que la exposición directa o indirecta al suicidio o las conductas suicidas precede al aumento en las conductas suicidas (contagio) en personas en riesgo de suicidio especialmente en adolescentes y jóvenes.

6.3. Factores de riesgo en la edad adulta

Los factores de riesgo suicida en el adulto están conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia más aquellos inherentes a esta etapa de la vida.

1. Historia de tratamiento en salud mental.

2. Poseer un trastorno disocial de la personalidad.

3. Abusar del alcohol u otras drogas.

4. Quiebra de la empresa o los negocios.

5. Intento de suicidio previo.

6. El desempleo, sobre todo en el primer año, puede ser un factor predisponente, así como el fracaso profesional.

7. Antecedentes criminales (lesiones, homicidio, robo, etcétera).

Entre los factores de riesgo en el adulto está el alcoholismo.

Las siguientes características predisponen al acto suicida en los alcohólicos:

1. Tener bajo nivel socioeconómico.

2. Pertenecer al sexo masculino.

3. Tener pobre apoyo social.

4. No poseer empleo.

5. Vivir solo.

6. Tener pensamientos suicidas.

7. Abusar del alcohol desde joven.

8. Padecer enfermedad física.

9. Comorbilidad con depresión mayor, trastorno diisocial de la personalidad o trastorno de ansiedad.

10. Poseer familiares con antecedentes de intento suicida.

Los trastornos depresivos continúan siendo un factor de riesgo en el adulto, sobre todo si cumplen las siguientes características:

- Conductas suicidas (amenazas, gestos, ideación suicida…).

- Trastornos crónicos del sueño.

- Inhibición de los efectos y de la agresividad.
- Fase depresiva que finaliza.
- Enfermedad crónica.
- Comorbilidad con el alcoholismo.
- Problemas familiares durante la infancia y la adolescencia.
- Pérdida de relaciones afectivas.
- Dificultades profesionales o económicas.
- Ausencia o pérdida de creencia religiosa.

Se considera que la asociación de desesperanza, sentimientos de culpa, inutilidad, delirios diversos con un humor depresivo posee gran riesgo suicida.

En relación con la esquizofrenia en el adulto, se considera que existen dos grupos de suicidas:

1. Las personas con mejoría y sin síntomas positivos (alucinaciones, delirios), pero con sentimientos de frustración y desesperanza.

2. Las personas en los que su sintomatología es la angustia, la agitación, las alucinaciones y las ideas delirantes.

También tienen riesgo suicida los adultos que en su profesión o en su negocio ha tenido algún escándalo que ellos han ocasionado.

En algunas personas, mayormente mujeres, una relación matrimonial que no satisface las expectativas puede convertirse en un factor de riesgo de suicidio. La mujer soltera tiene menos riesgo de realizar un acto suicida que el hombre soltero, mientras que el hombre casado posee menos peligro suicida que la mujer casada.

6.4. Factores de riesgo en la tercera edad

Las personas de la tercera edad son los que tienen mayores tasas de suicidio y constituyen un segmento de población en crecimiento. Es previsible que el número absoluto de sus suicidios continúe incrementándose, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la vejez.

Es conocido que esta conducta en la tercera edad tiene los siguientes rasgos distintivos:

a. Realizan menos intentos de suicidio.

b. Usan métodos mortales.

c. Reflejan menos señales de aviso.

d. Dichos actos son premeditados, reflexivos.

e. Pueden asumir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).

Se ha descrito el siguiente perfil: viudo, con la salud deteriorada, aislado, con escaso soporte social y deprimido, que se dispara con arma de fuego (Matusevich y Pérez Barrero, 2009).

El envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, reducción del vigor físico, cambio en los placeres sensuales y una conciencia de la muerte desconocida en etapas previas. También problemas físicos que la persona de la tercera edad debe afrontar, como: la patología artrítica, que afecta la locomoción; las enfermedades cardiovasculares, que limitan el ejercicio físico; la enfermedad neurológica, que compromete la función intelectual, y el cáncer, que ocasiona dolor, dependencia y muerte (Matusevich y Pérez Barrero, 2009).

Los problemas emocionales incluyen cierta depresión y una alteración de la autoestima, a lo cual se añaden las propias presiones sociales derivadas de la jubilación, la dependencia, la muerte de familiares y amigos, la pérdida de la seguridad económica, entre otras.

Como se evidencia, existen suficientes condiciones inherentes a la vejez que son un caldo de cultivo adecuado para que se manifieste esta conducta.

De manera que entre los factores de riesgo en la vejez se encuentran:

1. Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes, como la de Parkinson, la demencia de Alzheimer o de otro tipo como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

2. Depresiones de cualquier etiología, el abuso de drogas o alcohol, los trastornos crónicos del sueño, los trastornos paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.

3. Sentimientos de soledad e inutilidad, inactividad, aburrimiento, falta de proyectos vitales y tendencia a rememorar el pasado.

4. Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. El primer año después de la muerte del cónyuge es un momento crítico porque el acontecimiento vital estresante puede desencadenar una depresión y alterar el sistema inmunitario, lo que facilita la patología somática, principalmente las infecciosas.

5. Ingreso en una residencia de la tercera edad, ya que puede desencadenar un sentimiento de abandono, soledad y desamparo que precipite un acto suicida.

6. La jubilación.

7. El aislamiento social (soledad, falta de comunicación).

8. La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia la tercera edad.

9. La pérdida de prestigio.

7. FACTORES DE PROTECCIÓN DEL SUICIDIO

Los factores de protección (Maris, Berman y Silverman, 2000) hacen referencia a aquellas características que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de que la persona cometa un acto suicida.

En general se ha señalado que los factores protección frente al suicidio son una familia estable, cohesionada y con canales de comunicación abiertos, amistades profundas, valores sólidos y bien fundamentados, las tradiciones que fomentan los vínculos con la red social y un sentido trascendente de la vida.

7.1. Factores de protección en la niñez

Una familia estructurada y estable con un clima emocional y afectivo con comprensión cariño y comunicación adecuada, fuertes lazos entre sus miembros y con relaciones armónicas entre los padres.

7.2. Factores de protección en la adolescencia

La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes.

Principalmente hay que promover los modos de vida saludables entre ellos, como la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, no hábitos tóxicos, desarrollar múltiples intereses que les permitan un uso adecuado de su tiempo libre, entre otros.

La protección específica se haría sobre aquellos en desventaja biopsicosocial, como los que hayan sido niños con riesgo suicida o los que en la propia adolescencia hayan acumulado diversos factores de riesgo hasta ese momento ausentes. Entre estos se encuentran los que hayan realizado una tentativa de suicidio o un suicidio frustrado; los que presenten alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, que hayan sido víctimas de abuso sexual, violación u otro delito de esta índole. También hay que tener en cuenta las variaciones en el comportamiento escolar, como las dificultades en el rendimiento habitual, las fugas o deserción escolar, el desajuste vocacional, las dificultades en las relaciones con maestros y profesores, la presencia de amistades con conducta suicida previa, la inadaptación a determinados regímenes escolares o militares (Pérez Barrero, 2002).

Con los adolescentes es conveniente que se disponga de un ambiente familiar, de amistad y escolar de comprensión y apoyo. Y que tanto la familia como la escuela orienten en las competencias, potencien la integración y la interrelación, facilitando la adquisición de habilidades, fomentado la autoestima y el autocontrol, capacitándoles para llegar a ser consecuentes con sus principios, integrados en su grupo y responsables con los compañeros, combinando diferentes técnicas tanto grupales como individuales (discusiones en grupo, estudios de casos, modelado, juego de roles, ejercicios de habilidades prácticas, trabajos individuales…).

Por tanto, se trata de un aprendizaje personalizado, de participación activa tanto en el ambiente familiar como escolar.

7.3. Factores de protección en la edad adulta

En los adultos se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial, social y laboral; así como actividades deportivas y de ocio, pueden ser un antídoto contra esta conducta.

7.4. Factores de protección en la tercera edad

Además de un entorno familiar donde se sientan queridas y respetadas, las personas mayores pueden protegerse teniendo la posibilidad de participar en un número mayor de actividades.

La práctica de actividades, sean físicas, intelectuales o socioculturales, tiene una influencia benéfica: frena el envejecimiento y permite vivir el período de la vejez en las mejores condiciones posibles.

La realización de un plan de actividades:

- Actividades físicas (equilibrio, flexibilidad, destreza).
- Actividades cognitivas (grupos de palabras, talleres de memoria).
- Actividades de expresión y comunicación (juegos teatrales, juegos de sociedad).
- Actividades socioculturales (exposiciones, paseos, descubrimientos).
- Actividades de artes plásticas (dibujos, modelado).

- Actividades domésticas (jardinería, cocina terapéutica).

El fomento de las relaciones sociales: excursiones, viajes….y un seguimiento médico adecuado.

8. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN LA CONDUCTA SUICIDA

El suicidio es una de las conductas humanas que produce mayor atención de los diferentes estamentos de la sociedad, y especialmente, de la clase médica, fundamentalmente psiquiatras y psicólogos, dado que con cierta frecuencia representa el fracaso del tratamiento. Así, se sabe que más de la mitad de los suicidas consultan con su médico en el mes previo a su muerte, y más de un tercio con un servicio de salud mental, en el año anterior.

La multicausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que las estrategias de prevención deben ser también múltiples y deben aplicarse en conjunto para lograr efectividad. No hay una solución unívoca en la prevención del suicidio y el mejor abordaje es un enfoque multidisciplinario, y a la vez desde un plano individual y de salud pública.

8.1. Prevención

El enfoque de la prevención del suicidio a nivel individual enfatiza el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del trastorno mental (depresión, esquizofrenia, drogodependencia y estrés), ya que el reconocimiento y la intervención precoz de los trastornos mentales y de abuso de sustancias es la forma más eficaz de prevenir el suicidio y de la conducta suicida..

El enfoque de Salud Pública cuenta con estrategias para la prevención del suicidio:

- Realizar campañas de salud mental, despistaje en los colegios, diagnóstico precoz del abuso de drogas, de la depresión y del estrés.

- Realizar programas específicos de prevención del suicidio y evitar la estigmatización de la conducta suicida.

- Controlar el acceso a los medios para cometer suicidio. Existe evidencia que el control de la posesión de armas disminuye la tasa de suicidio, así como el control del uso de medicamentos y pesticidas. Otras medidas pueden incluir el cercado de puentes de gran altura y de ventanas en edificios altos.

- Apoyo a los medios de comunicación para que la información se adecue a la prevención: Formación de periodistas en el manejo de la información sobre la conducta suicida, ya que los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en ayuda a prevenir el suicidio.

La prevención del acto suicida comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de niños y jóvenes, el tratamiento eficaz de las enfermedades mentales y el control de los factores de riesgo.

Aunque se han identificado factores de riesgo de la persona con alto riesgo de suicidio, no hay una medida definitiva para prevenir el suicidio y muy pocas personas con estos factores cometerán suicidio.

Los esfuerzos para prevenir el suicidio deben estar basados en las investigaciones, que muestran qué factores de riesgo y protección pueden ser modificados y qué grupos de personas son los más apropiados para la intervención (Public Health Service, 2001).

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen.

Una difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización social del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención, pero la prevención del suicidio se puede subdividir en tres tipos:

1. Prevención general que es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los acontecimientos vitales estresantes y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

La Organización Mundial de la Salud (2000) sugiere algunas medidas generales para prevenir el suicidio:

- Tratar de las enfermedades mentales.
- Controlar los gases de los vehículos de motor.
- Controlar el gas doméstico.
- Controlar la posesión de las armas de fuego
- Controlar la disponibilidad de las sustancias tóxicas.
- Disminuir las informaciones sensacionalistas en los medios de comunicación.

2. Prevención indirecta conformada por el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

Los Centros de Ayuda pueden ofrecer un apoyo confidencial a quienquiera que se encuentre afligido o desesperado y que pueda estar experimentando sentimientos suicidas.

3. Prevención directa constituida por aquellas medidas que ayudan a resolver las ideas y pensamientos suicidas mediante soluciones alternativas. Las Guías Prácticas pueden ayudar a los sanitarios de Atención Primaria a la detección y al manejo de las personas con conducta suicida y a derivarlas para que sean valoradas de forma precoz por profesionales de la salud mental.

Y los Grupos de Autoayuda permiten el encuentro con otras personas para compartir sentimientos y experiencias, lo que puede aportarle consuelo.

La prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos.

La prevención en el riesgo de suicidio es necesaria y las amenazas e intentos de suicidio siempre tienen que tomarse en serio, porque casi un tercio de las personas que intentan suicidarse vuelven a intentarlo en un período de un año y cerca del 10% de los que amenazan o intentan suicidarse terminan consumando el acto (Pérez Barrero y Mosquera, 2002).

Es necesario como medida de prevención disponer de recursos humanos donde se realice una labor de escucha y comprensión para evitar que la persona realice el acto suicida (servicios de línea telefónica directa), ya que nunca se debe ignorar una amenaza o intento de suicidio.

Generalmente una persona con conducta de riesgo suicida es una personaron un dolor psicológico insoportable, con sentimientos de desesperanza que piensa en suicidarse por no tener otras formas de adaptarse a acontecimientos vitales estresantes.

8.2. La primera ayuda psicológica

El abordaje y evaluación de la persona con conducta suicida desde salud mental es necesaria y tiene que realizarse forma inmediata.

La primera ayuda psicológica es una intervención en crisis que tiene como propósito reducir la intensidad emocional, mental, física y del comportamiento, y ayudar a que vuelva a su nivel de funcionamiento anterior El procedimiento de ayuda utilizado destaca elementos básicos para la primera ayuda emocional.

8.2.1 Pasos de la primera ayuda psicológica

1. Contacto psicológico: El primer contacto es la sintonización con los sentimientos y necesidades de la persona en crisis. Este contacto es para la escucha: la persona habla sobre lo sucedido, sobre reacciones (sentimientos y actitudes), estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados. La persona tiene que sentir que se la escucha, acepta, entiende y apoya; lo que lleva a una disminución en la intensidad de sus

ansiedades.

2. Analizar el problema: El análisis de los problemas tiene en cuenta tanto el pasado inmediato, como el presente y el futuro inmediato.

3. Valorar soluciones: Se trata de identificar y generar alternativas y analizar los problemas para su ejecución.

4. Pasar a la acción: Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, con una actitud facilitadora o directiva.

Por tanto, la primera ayuda psicológica es una intervención inmediata de apoyo que tiene que restablecer una cierta estabilidad emocional, y que puede realizarla tanto un médico de atención primaria, psiquiatra, un psicólogo como un vecino, un amigo, un familiar o un compañero de estudios o de trabajo. Esta primera ayuda puede consistir en (Matusevich y Pérez Barrero, 2009):

1. Tener una actitud terapéutica empática, comprensiva y firme, pero sin crítica (no se juzga, ni se interroga, ni se aconseja, ni se opina).

2. Favorecer un clima de confianza, creando un ambiente de apoyo y aceptación incondicional, recogiendo los sentimientos de la persona con riesgo de suicidio y mostrando interés por ella.

3. Formular preguntas abiertas para facilitar la expresión de los sentimientos y los pensamientos.

4. Generar alternativas y estrategias ante los problemas que plantee sin dar consejos.

5. No expresar confidencialidad.

6. Evaluar el peligro suicida y preguntar directamente si es necesario, no se puede ignorar o no explorar el peligro suicida.

7. Tomar las decisiones prácticas y necesarias para proteger a la persona con riesgo suicida, siendo directivo e implicando a familiares y medios sanitarios y policiales.

Si la persona ya ha realizado una tentativa de suicidio, la primera medida es salvar su vida, por lo que hay que apoyarse en un médico que evalúe los posibles daños e imponga el tratamiento oportuno que impida futuras secuelas. Pero si el sujeto está en condiciones de cooperar, se debe facilitar la comunicación con la intención de conocer cuál ha sido el móvil que explica dicha conducta (Maris, Berman y Silverman, 2000).

Ante indicios de acto suicida es conveniente tratar de averiguar si existe un riesgo inmediato de suicidio, para lo que pueden utilizarse la Escala SAD PERSONS (Anexo 1), la Escala de IDEACIÓN SUICIDA (SSI) (Anexo 2), la Escala de ROJAS PARA VALORAR EL RIESGO DE SUICIDIO (Anexo 3) y La Escala de Desesperanza (Anexo 4), preguntando si tiene intención de hacerlo o sólo lo ha pensado, si tiene un plan y cuándo lo llevaría a cabo. Valorando si existe un riesgo inminente de suicidio.

En esta situación es conveniente (Ancinas y Ancinas y Muñoz Prieto, 2008):

- No dejarle solo No hay que dejar sola a la persona ni siquiera si ya se ha hecho contacto telefónico con un profesional apropiado Es necesario que se sientan acompañados.

- No hacerle sentir culpable.

- No desestimar sus sentimientos, señalándole que. que los pensamientos y deseos de suicidio siempre son temporales.

- Expresarle apoyo y comprensión. Y permitirle la expresión de sentimientos.

- Evitar el acceso a instrumentos que puedan servir para realizar el acto suicida.

- Controlar la angustia que provoca la situación.

- Apoyarle para que sea atendido por un profesional de la salud mental o un centro sanitario.

No existe un abordaje terapéutico único del acto suicida, pero se han confirmado los efectos beneficiosos de la terapia farmacológica (antidepresivos serotoninérgicos, neurolépticos y estabilizadores del ánimo) y de la terapia cognitivo-conductual o la combinación de las dos.

La terapia cognitivo-conductual está destinada a modificar los comportamientos y pensamientos y se vales de técnicas como la asertividad, la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias, que pueden reducir la depresión, la ansiedad, y la falta de habilidad social.

8.3. El apoyo a los familiares

El suicidio causa sufrimiento en la víctima pero también en las personas cercanas (Jacobsson y Renberg, 1999).

El suicidio supone la devastación emocional, social y, a veces, económica de familiares y amigos. Tanto un intento de suicidio como un suicidio consumado tiene consecuencias emocionales en cualquier persona implicada. La familia de la persona, sus amistades y su médico pueden sentirse culpables, avergonzados y con remordimientos por no haber podido evitar el suicidio.

Los familiares y amigos de la persona que realiza un acto suicida pueden experimentar una amplia gama de emociones contradictorias acerca de la persona fallecida, sintiendo todo el dolor emocional intenso y tristeza por la pérdida, y la ira contra el fallecido porque la persona abandonada por el suicidio de un ser querido, tiende a experimentar un duelo complicado en reacción a esa pérdida con síntomas como emociones intensas, pensamientos intrusos sobre la pérdida y sensación de aislamiento y vacío (Sáiz Martínez, 2005).

Después del suicidio de un ser querido, puede ser frecuente que familiares y/o amigos tengan un sentimiento de vergüenza, que lleva a no querer hablar de las circunstancias de la muerte. También puede darse un sentimiento de culpabilidad. La sensación de culpa es normal después de una muerte de estas características. Uno se reprocha el no haberse dado cuenta de lo mal que estaba... y suele quedar una fuerte sensación de no haber sabido cuidarle. También puede sentirse rabia y enfado hacia la persona que se suicidó y hacia todos los que han podido contribuir directa o indirectamente en la realización de esta acción.

De manera que cuando se pierde a alguna persona por suicidio pueden aparecer una gran variedad de sentimientos, entre ellos culpa, resentimiento, confusión, remordimientos y preocupación por problemas no resueltos.

Muchos se sentirán culpables pensando que han fracasado a la hora de apoyarle o se reprocharán no haberse dado cuenta.

El familiar o el amigo tiene que poder expresar su dolor y sus sentimientos, ya que alivia el sufrimiento y ayuda a seguir adelante.

Es posible que no se vuelva a ser el mismo de antes, porque hay cosas que nunca se superan por completo y se tiene que aprender a vivir con eso.

Hay que poder realizar el duelo para superar la pérdida de un ser querido; y para que no se transforme en un duelo complicado, es necesario atravesar un proceso emocional que permite aceptar la muerte del ser querido, asumir el desgaste y las emociones que esa muerte genera, adaptarse a la ausencia de ser querido, aprender a vivir sin él e interiorizar la muerte como algo más que forma parte de la vida (Rocamora Bonilla, 2000).

A los niños es conveniente decirle la verdad. No saber lo que ha pasado no les hará ningún bien y si lo llegan a saber a través de otra persona podrían perder la confianza en ti.

Cuando alguien que quieren se suicida los niños pueden sentir lo siguiente (Maris, Berman y Silverman, 2000):

1. Pueden pensar que la persona que se suicidó no les quería y se sienten abandonados.

2. Pueden pensar que son culpables del suicidio, sobre todo si en algún momento de enfado desearon la muerte de esa persona.

3. Pueden tener miedo a morir ellos también.

4. Pueden sentir tristeza, confusión, soledad.

5. Pueden sentir vergüenza de ver a otras personas o de volver al colegio, porque se sienten diferentes.

6. Pueden sentir rabia hacia el suicida o hacia todo el mundo.

7. Pueden hacer negación lo ocurrido o fingir que no ha pasado nada.

8. Pueden entran en un estado de insensibilidad emocional.

A los niños es conveniente explicarles que las personas mueren de formas diferentes: unos por enfermedad, otros por accidente de coche y otros se matan a sí mismos. Hay que decirles que a pesar del acto suicida su padre o madre le quería mucho, pero que su enfermedad le impedía hacerlo.

Por otro lado, es aconsejable que los medios de comunicación (OMS, 2000) observen algunas condiciones para que favorezcan la prevención:

1. Tener fuentes auténticas y fiables.

2. Evitar expresiones de epidemia de suicidios.

3. Informar sobre el suicidio como algo inexplicable o simplista.

4. Describirle acto suicida como un método para afrontar problemas.

5. Elogiar el comportamiento suicida como que tiene valores.

6. Describir el impacto y el sufrimiento en los familiares.

8.4. Orientaciones

Hay ciertas orientaciones (Pérez Barrero, 2005) sobre la conducta suicida que es necesario analizar y conocer para poder realizar actividades de apoyo y prevención:

- 1. No es cierto que las personas que hablan de suicidarse no lo hagan. La mayoría de la gente que comete suicidio o lo intenta ha avisado directa o indirectamente. La persona da muchas señales verbales y extraverbales de sus propósitos. Aproximadamente el 75 % de los que se suicidan lo habían intentado con anterioridad, y de cada 10 personas que lo hicieron, 9 dieron aviso de lo que ocurriría o habían hablado de ello.

- 2. No es cierto que todos los que intentan suicidarse sufran una enfermedad mental. El dolor emocional extremo no es necesariamente un signo de enfermedad mental.

- 3. No es cierto que si una persona está decidida a suicidarse nada ni nadie se lo impedirá. La mayoría de los suicidas no quieren morir; sólo quieren

librarse del dolor emocional y pueden tener sentimientos mezclados de vida y muerte hasta el último momento.

- 4. No es cierto que la mejoría después de una crisis suicida significa que ya no existe riesgo de suicidio. Los pensamientos suicidas pueden persistir durante un tiempo o volver a aparecer en determinados momentos. Casi el 50% de los que atravesaron dicha crisis, llevaron a vías de hecho el suicidio dentro de los primeros tres meses siguientes, cuando todo parecía pensar que el mayor peligro había transcurrido.

- 5. No es cierto que todas las personas que realizan el acto suicida sufren una depresión. Aunque todo deprimido puede realizar el acto suicida, no todo el que realiza el acto suicida es un deprimido, pues puede ser una persona con un trastorno de personalidad, esquizofrénico, drogodependiente…

- 6. No es cierto que la conducta suicida sea hereditaria. Lo que puede suceder es que se herede la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que la conducta suicida pueda ocurrir (esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo) o que se imite dicho comportamiento anormal.

- 7. No es cierto que si se habla con una persona con riesgo suicida sobre el acto suicida, se le puede incitar a realizarlo. Se ha comprobado que esto reduce el riesgo, y es la primera posibilidad, quizás irrepetible, de iniciar su prevención.

- 8. No es cierto que el suicidio no puede ser prevenido, ya que ocurre por impulso. Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de conductas y síntomas que han sido definidos por Ringel (citado por De Leo, 1998) como *síndrome presuicidal*, conformado por

constricción de sentimientos e intelecto, inhibición de la agresividad hacía los demás y fantasías suicidas.

- 9. No es cierto que sólo los profesionales de la salud mental (psiquiatras o psicólogos) pueden prevenir el suicidio. Cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo.

- 10. No es cierto que abordar a una persona en crisis suicida sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, sea una pérdida de tiempo. Aunque es preciso tener en cuenta que hay que:

  - Escuchar con atención a la persona en crisis, facilitando su expresividad.

  - Durante el discurso de la persona en riesgo de suicidio se deben utilizar, en su momento, frases cortas que le hagan sentir que le comprendemos y le tomamos en serio.

  - Preguntar siempre sobre la conducta suicida.

  - Ayudarle a que encuentre otras alternativas que no sea la realización del acto suicida, aunque no confíe en aquellas que no pueda realizar inmediatamente.

  - No dejar sola a la persona en crisis y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la salud (médico de atención primaria, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, etcétera), o a los centros de salud en cualquiera de sus modalidades (ambulatorios, hospitales).

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA ARTILES, F.J. (2003). *Estudio prospectivo de variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos*. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna.

ADLER, A. (1993). *El carácter neurótico*. Barcelona: Paidós Ibérica

AHRENS, B.; LINDEN, M. (1996). Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatr Scand. 94.* 79-86.

AJDACIC-GROSS, V.; WEISS, M.G.; RING, M.; HEPP, U.; BOPP, M.; GUTZWILLER, F.; RÖSSLER, W. (2007). Métodos de suicidio: comparación internacional a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS. http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489-ab/es/

ANCINAS ANCINAS, M.P. y MUÑOZ PRIETO, F.A. (2008). Gestión de mergencias por intento de suicidio. En Enrique Parada Torres (Ed.). *Psicología y emergencias: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

ANDRÉS, R. (2003). *Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Atalaya.

ALTAMURA, C.; VANGASTEL, A.; PIOLI, R.; MANNU, P.; MAES, M. (1999). Seasonal and circadian rhythms in suicide in Calgari, Italy. *Journal of Affective Disorders, 53*, 77-85.

ARRANZ, F. (1997). Epidemiología de la conducta suicida. En: S. Ros Montalbán (Ed). *La conducta suicida*. Madrid: Libro del Año,

ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO (2009). Introducción al suicidio. *Guía del Psicólogo, 297,* 5-8.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; BECK, J.S.; NEWMAN, C.F. (1993). Hopelessness, depresión, suicidal ideation and clinical diagnosis of depresión. *Suicide Life Threat Behavior, 23*, 4, 139-145.

BERTELOTE, J.M.; FLEISCHMANMN, A. (2002). A global perspectiva in the epidemiology of suicide. *Suicidoloy, 7,* 6-8.

BISEN, J.R. (1997). Enfermedad médica y suicidio. En S. Ros (Ed.). *La conducta suicida.* Madrid: ELA.

BOBES GARCÍA J.; GONZÁLEZ SEIJO J.; SAIZ MARTÍNEZ PA. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas.* Psiquiatría Médica. Barcelona: Editorial Masson

BOBES GARCÍA, J.B. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.

BUENDÍA VIDAL, J. (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia.

DE LEO, D.; SCHMIDTKE, A.; DIEKSTRA, R.F.W. (1998). *Suicide prevention*

A holistic approach. Kluwer Netherlands. Academia Publishers.

DIEKSTRA, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand, 371*, 9-20.

DURKHEIM, E. (1995). *El suicidio*. Madrid: Akal.

EVANS, G.; FARBEROW, N.L. (1988). *The Encyclopedia of Suicide*. New York: Facts on File.

FEAFES (2006). Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. Madrid: FEAFES.

FRANCES, R., FRANKLIN, J.; FLAVIN, D. (1986). Suicide in alcoholism. *Ann. NY Acad. Sci, 487*. 316-326.

FU, Q.; HEATH, A.C.; BUCHOLZ, K.K.; NELSON, E.C.; GLOWINSKI, A.L.; et al. (2002) A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine, 32*, 11–24.

GARCÍA ALANDETE, J.; GALLEGO-PÉREZ, J.F.; PÉREZ-DELGADO, E. (2007). Depresión, desesperanza, neurosis noógena y suicidio. *Interpsiquis*. http:/www. psiquiatria.com.

GARCÍA DE JALÓN, E. (2002). Suicidio y riesgo suicida. *Anales del sistema sanitario de Navarr*a, *25*, 3 supl, 87-89.

GMITROWICZ, A.; KOLODZIEJ-MACIEJEWSKA, H. (2001). Dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in adolescents after a suicide attempt. *Psychiatr Pol, 35*, 5, 803-818.

GÓMEZ MACÍAS, V.; De CÓS MILAS, A.; RUÍZ de la HERMOSA GUTIÉRREZ, L.; SALA CASSOLA, R. SOBRINO CABRA, O. (2007). Suicidio y psicopatología. *Interpsiquis*. http:/www. psiquiatria.com

GRACIA MARCO, R.; CEJAS MÉNDEZ, M.R.; ROS MONTALBÁN, S. (2001). Suicidio: ¿Una entidad nosológica independiente? En P. Pichot (Ed.). *Diagnóstico diferencial y racionalización del tratamiento psicofarmacológico*. Madrid: Aula Médica. 457-482.

GRANT, J.E.; WOM KIM, S.; CROW, S.J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J. Clin. Psychiatry, 62,* 517-522.

GUIBERT REYES, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana Med. Gen. Integr., 18,* 2, 34-40.

HARRIS, E.C.; BARRACLOUGH, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry, 170*, 205-228.

HAWTON, K.; VAN HEARING, K. (2009). Suicide. *The Lancet, 373*, 1372-1381.

HEDSTRÖM, P. LIU, K.; NORDVIK, M´K. (2008). Interaction Domains and Suicide: A Population-based Panel Study of Suicides in Stockholm, 1991-1999. *Social Forces, 87*, 2, 713-740.

HENDIN H. (1951). Psychodynamic motivational factors in suicide. *Psych Quaterly, 25,* 672-678.

HERNÁNDEZ, J. (1997). El proceso suicida. En S. Ros Montalbán (Ed.). *La Conducta Suicida.* Madrid: Libro del Año

HUERGA LORA, C.; OCIO LEÓN, S. (2009). Suicidio factores de riesgo. *Interpsiquis*. http:/www. psiquiatria.com

ISOMETSA, E.T.; HENRIKSSON, M.M.; ARO, H.M.; HEIKKINEN, M.E.; KUOPPASALMI, K.I.; LONNQVIST, J.K. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry, 151*, 530-536.

JACOBSSON, L.; RENBERG, E.S. (1999). On suicide and suicide prevention as a public health. *Issue. Med Arh, 53,* 3, 175-177.

KREITMAN N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley Sons.

LEE, H.C.; LIN, H.C.; TSAI, S.Y.; LI, C.Y.; CHEN, C.C., HUANG, C.C. (2006). Suicide rates and the association with climate: a population-based study. *J. Affect. Disord., 92*, 221-226.

LESTER, D. (1971). Seasonal variation in suicidal deaths. *British Journal of Psychiatry, 118,* 627-628.

MAES, M.; DE MEYER, F.; PEETERS, D. (1994). Synchronized annual rhythms in violent suicide rate, ambient temperature and the light-dark span. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*, 391-396.

MARIS, R.; BERMAN, A.; SILVERMAN, M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology.* New York: The Guilford Press.

MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS CL, MALONE KM. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal Psychiatry,156*, 181-189.

OQUENDO MA, GALFALVY H, RUSSO S, ELLIS S, MANN JJ, *et al.* (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder*. American Journal Psychiaty,161*, 1433-1441.

MATUSEVICH, D.; PÉREZ BARRERO, S. (2009). Suicidio en la Vejez. Buenos Aires: Polemos.

MIRÓ GARCÍA, F.; BARBERÍA MARCALAÍN, E.; CORREAS SOTO, C.J.; FERNÁNDEZ ARRIBAS, E. (2006). Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica. *Interpsiquis*. http:/www. psiquiatria.com

MOJICA; C.A.; SÁENZ, D.A.; EY-ANACONA. C.A. (2009), Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano*. Revista Colombiana de Psiquiatría., 38,* 4, 681-692.

MORALES, M.L.; JIMÉNEZ, I.A. (1996). El suicidio desde la perspectiva forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 25,* 29-37.

MOSCICKI, E.K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research, 1,* 310-323.

MUÑAGORRI SANSALVADOR, R.; PEÑALVER PEÑA, M. (2008). Intentos autolíticos en prisión: Un análisis forense. *Anales de psicología, 24,* 2, 361-369.

NOVICK, D.M.; SWARTZ, H.A.; FRANK, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders, 12,* 1, 1-9.

OMS (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra: OMS.

OMS (2001). *Prevención del suicidio: Instrumentos para docentes y demás personal institucional*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra: OMS.

OMS (2009). SUPRE (suicide prevention). http://www.who.int/topics/suicide/es/

OMS (2000). *Información mundial sobre violencia y salud*. Ginebra: OMS.

OMS (2004). *Suicide huge but preventable Public Health*. http:/www.who.int/mediacentre/news/releases/2004pr61/en/

OMS (2005). *Suicide prevention*.

http:/www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

PASCUAL PASCUAL, P.; VILLENA FERRER, A.; MORENA RAYO, S.; TÉLLEZ LAPEIRA, J.M.; LÓPEZ GARCÍA, C. (2005). El paciente suicida. *Guías clínicas, 5*, 38, 1-3.

PLATT, S. (1984). Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literatura. *Social Science & Medicine, 19*, 93-115).

PÉREZ BARRERO, S.A. (2002). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. La Habana: Ediciones Bayano.

PÉREZ BARRERO, S.A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 3,* 386-394.

PÉREZ BARRERO, S.A. y MOSQUERA, D. (2002). *El suicidio, prevención y manejo*. Madrid: Pléyades.

PUBLIC HEALTH SERVICE (2001). *Nacional strategy for suicide prevention: goals and objetives for action*. Rockville, MD: USDHHS.

ROBINSON; J.; HARRIS, M.G.; HARRIGAN, S.M. y otros (2010). Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4 year follow-up study. *Schizophr Res,* 116, 1, 1-8.

QIN, P. (2005). Suicide risk in relation to level of urbanicity. A population-based linkange study. *Int. J. Epidemiology, 34,* 846-852.

QIN, P.; AGERBO, E.; MOERTENSEN, P.B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a nacional registrer-based study of all suicides in Denmark, 1091-1987. *Am. J. Psychiatry, 160*, 765-772.

ROCAMORA BONILLA, A. (2000). *El hombre contra sí mismo: Un modelo de intervención en la crisis suicida.* Madrid: Asociación de Editores de Andalucía.

RODRÍGUEZ PULIDO, F.; ANTONIO SIERRA LÓPEZ, A.; GRACIA MARCO, R. J.; GONZÁLEZ DE RIVERA, L.; MONTES DE OCA, D. (1990). La prevención del suicidio (I): prevención primaria. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática, 11*, 8, 47-52.

ROY, A. (1983). Family history of suicide. *Arch. Gen. Psychiatry, 40*, 971-974.

SÁIZ MARTÍNEZ, P. (2005). *Prevención de comportamientos suicidas en esquemas.* Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación.

SANTA MINA, E.E.; GALLOP, R.M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literatura review. *Can. J. Psychiatry, 43*, 793-800.

SIDLEY, L.G. (2001). Parasuicide. *In Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach.* Tarrier Nicholas, Wells Adrian, Haddock Gillian. (eds.) Wiley, 272-275.

SMITH, J.C.; MERCY, J.A.; CONN, J.M. (1988). Marital status and the risk of suicide. *Am. J. Public Health, 178*, 78-80.

SILVERMAN, M.M.; FELNER, R.D. (1995). Suicide prevention programs: Issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness. *Suicide and Life-Threatening Behavio, 25,* 93-105.

SUBLETTE, M.E.; HIBBELN, J.R.; GALFALVY, H.; OQUENDO, M.A.; MANN, J.J. (2006). Omega-3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk. *American Journal of Psychiatry, 163*, 6, 1100-1102.

TERAIZA, E.; MEZA, R. (2009). Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. *http://www.psiquiatria.com, 13,* 3.

TORO TRALLERO, J.; CASTRO FORNIELES, J. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario. *Trastorno de Psiquiatría*. Volumen I. Barcelona: Ars médica.

VALLEJO RUILOBA, J. (2005). Psiquiatría en atención primaria. Barcelona: Ars médica.

VAN HEERINGEN, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality, *Canadian Journal of Psychiatry, 48,* 5, 289-291.

VEVERA J. (2006). Cholesterol, violence and suicide--history of errors. *Cas Lek Cesk, 145*, 2, 118-122.

VIZAN FERRERO, R.; GRACIANO MARCO, R.; HENRY BENITEZ, M.; GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA, J.L. (1994). Reactividad al estrés y tentativas de suicidio. *Anales de Psiquiatría, 10*, 1, 17-20.

VON BORCZYSKOWSKI, A.; LINDBLAD, F.; VINNERLJUNG, B.; HJERN, a. (2010). Gender Differences in Risk Factors for Suicide: Findings From a Swedish National Cohort Study. *Canadian Journal of Psychiatry, 55,* 2, 108-111.

WILCOX, H.C.; KURAMOTO, S.J.; LICHTENSTEIN, P.; LANGSTRÖM, N.; BRENT, D.A.; RUNESON, B. (20010). Psychiatric Morbidity, Violent Crime, and Suicide Among Children and Adolescents Exposed to Parental Death. *Journal of the America Academy od Chile and adolescent Psychiatry, 49,* 2, 514-523.

WIILOUR, V.L.; ZANDI, P.P.; BADNER, J.A.; STEELE, J.; MIAO, K.;LÓPEZ, V.; MacKINNON, D.F.; MONDIMORE, F.M.; SCHWEIZER, B.; McINNIS, M.G.; MILLER,, E.B.; DePAULO, R.; GERSHON, E.S.; McMAHON, F.J.; POTASH, J.B. (2007). Attempted Suicide in Bipolar Disorder Pedigrees: Evidence for Linkage to 2p12. *Biological Psychiatry, 61,* 5, 725-727.

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA SAD PERSONS

(Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983). Evaluation of suicidal patients. Psychosomatics).

La Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio tiene que ser heteroaplicada Los items tienen que ser cumplimentados por el profesional en durante una entrevista semiestructurada.

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

	SI	**NO**
S: Sexo masculino.		
A: Edad (Age) < 20 o >45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N. No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática.		
Puntuación		

Valoración

Se puntúa su ausencia o su presencia Cada item puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

De 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.

De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de ideación suicida

Anexo 2

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (Scale for Suicide Ideation) (SSI)

(Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol 1979; 47: 343-352).

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.

Tiene 19 items que deben ser cumplimentados por el profesional en el transcurso de una entrevista semiestructurada.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

En el estudio sobre fiabilidad realizado por los autores sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente alfa de

Cronbach de 0.89) y una fiabilidad ínter examinador de 0.83.

Instrucciones: Elija y puntúe con 0, 1 o 2 la alternativa de respuesta que mejor describa su experiencia:

1. Deseo de vivir:	• Moderado a fuerte (0). • Débil (1). • Ninguno (2).	
2. Deseo de morir:	• Ninguno (0). • Débil (1). • Moderado a fuerte (2).	
3. Razones para vivir/morir:	• Más razones para vivir que para morir (0). • Aproximadamente iguales (1). • Más razones para morir que para vivir (2).	
4. Deseo de intentar activamente el suicidio:	• Ninguno (0). • Débil (1). • Moderado a fuerte (2).	
5. Deseos pasivos de suicidio:	• Tomaría precauciones para salvar la vida (0). • Dejaría al azar el vivir/morir (ej. cruzar la calle sin cuidado) (1). • Evitaría los medios para seguir con vida (ej. un diabético que deja de ponerse insulina) (2).	
6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida):	• Breve, periodos pasajeros (0). • Por amplios periodos de tiempo (1).	

	• Continuo (crónico) o casi continuo (2).	
7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio):	• Raro, ocasional (0). • Intermitente (1). • Persistente o continuo (2).	
8. Actitud hacia la ideación/deseo:	• Rechazo (0). • Ambivalente, indiferente (1). • Aceptación (2).	
9. Control sobre la actividad suicida/deseos de actino-out:	• Tiene sentido del control (0). • Inseguro (1). • No tiene sentido del control (2).	
10. Disuasores (frenos) para hacer un intento activo (familia, religión, irreversibilidad):	• No quiere el suicidio por el "freno" que tiene (0). • Alguna preocupación sobre los "frenos"(1). • Mínima o ninguna preocupación por los "frenos" (2).	
11. Razones para el intento planeado:	• Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse (0). • Combinación entre 0 y 2 (1). • Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta (2).	
12.Método (especificad/planificación del intento contemplado):	• No considerado (0). • Considerado, pero sin resolver los detalles (1). • Detalles resueltos /bien formulados (2).	
13. Método(accesibilidad/oportun	• Método no disponible, inaccesible. No hay	

idad para el intento contemplado:	oportunidad (0). • Método que requeriría tiempo, esfuerzo/no oportuno (1). • Método y oportunidad accesibles (2). • Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto (2).	
14. Sentido de "capacidad" para llevar adelante el intento:	• No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente (0). • Inseguridad sobre su valor (1). • Seguro de su valor (2).	
15. Expectativas/anticipación del intento actual:	• No (0). • Incierto (1). • Sí (2).	
16. Preparación actual para el intento contemplado:	• Ninguna (0). • Parcial (ej., empieza a recoger comprimidos…) (1). • Completa (ej., tiene pastillas, arma cargada…) (2).	
17. Nota suicida:	• Ninguna (0). • Piensa sobre ella o la ha comenzado y no la ha terminado (1). • Nota terminada (2).	
18. Actos finales en anticipación de la muerte (ej., testamento, póliza de seguros…):	• Ninguno (0). • Piensa sobre ello o hace algunos arreglos (1). • Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales (2).	

19. Engaño o encubrimiento del intento contemplado:	• Revela las ideas abiertamente (0). • Contiene su revelación (reticente) (1). • Intentó engañar, ocultar mentir (2).	

Valoración e interpretación

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los items 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros items, ya que los items 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio. Es decir, no existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

Anexo 3

ESCALA DE ROJAS PARA VALORAR EL RIESGO DE SUICIDIO

(Rojas, E. (2009). Guía práctica contra la depresión. Madrid: Temas de Hoy).

Esta Escala tiene 20 items que deben ser cumplimentados por el profesional en el transcurso de una entrevista semiestructurada**.**

Instrucciones: Elija y rodee con un círculo la alternativa de respuesta que mejor describa su experiencia:

1. **Estado de ánimo deprimido**:	0. No me encuentro deprimido. 1. Me siento ligeramente deprimido, bajo de ánimo. No tengo ganas de nada. 2. Tengo bastante pena. 3. Estoy profundamente triste y abatido. 4. Tengo tal tristeza que ya no puedo más.	
2. Importancia para la vida:	0. Me siento capaz de realizar mi vida 1. Me encuentro con pocas fuerzas y vigor para vivir.	

	2. Me veo con pocas posibilidades de salir adelante. Estoy cansado de la vida. 3. Soy impotente para llevar mi vida hacía adelante. No tengo ganas de vivir. 4. No puedo seguir así. No tengo fuerzas para nada. Es imposible la vida.	
3. Diselpidia:	0. No me siento desesperado. 1. Estoy algo desalentado (decepcionado). 2. Estoy desmoralizado. Veo muy mal el futuro. 3. Tengo una gran desesperación. Es muy difícil salir de donde estoy. 4. Tengo una profunda desesperanza. Ya no puedo esperar nada mío ni de nadie.	
4. Inhibición de agresiones:	0. Cuando es necesario, manifiesto claramente mis reacciones agresivas y mi descontento por algo. 1. A veces contengo mis reacciones agresivas. 2. Suelo contener con frecuencia mis reacciones	

	agresivas. 3. La mayoría de las veces me abstengo de protestar cuando me hacen algo desagradable. 4. Siempre me inhibo (contengo) mi agresividad y me retraigo de protestar, sea lo que sea y ante quien sea.	
5. Aborrecimiento de sí mismo:	0. No me aborrezco. 1. A veces estoy descontento conmigo mismo. 2. Con bastante frecuencia reniego de mí mismo. 3. La mayoría de las veces me odio y me desprecio. 4. Me detesto como persona.	
6. Llanto:	0. No lloro casi nunca. 1. A veces lloro. 2. Ahora lloro más de lo normal. 3. Me paso el día llorando. 4. Quisiera llorar y desahogarme, y ya ni eso puedo.	
7. Sentimient	0. No me siento culpable. 1. A veces me siento	

o de culpa:	culpable. 2. Muchas veces veo que tengo yo la culpa de todo. 3. Siempre pienso que es mi culpa, por mis errores. 4. Soy absolutamente culpable de todo, no tengo perdón.	
8. Sentimiento de fracaso:	0. No me siento fracasado. 1. A veces me siento fracasado. 2. Muchas veces me veo como una persona malograda y desengañada. 3. La mayoría de las veces tengo delante el infortunio y el fracaso de mi vida. 4. He fracasado en la vida y me encuentro	
9. Plano cognitivo:	0. Percibo todo igual que antes. Mis observaciones, pensamientos, ideas y juicios son como han sido siempre. Me veo a mí mismo, a mi futuro y a lo que me rodea igual que siempre. 1. Últimamente lo que veo, mis recuerdos, mis pensamientos, mis juicios, son menos positivos. Me veo peor, al igual que mi futuro	

	y todo lo que me rodea. 2. Noto que tengo menos capacidad para concentrarme, menos memoria; mis pensamientos son negativos y mis juicios pesimistas. Todo lo percibo como problemático y difícil de superar. 3. Tengo grandes dificultades para concentrarme. Leo y no capto contenido. Estoy muy abstraído. Me falla mucho la memoria. Mis pensamientos son tristes. Tiendo a fijarme sólo en detalles negativos, a agrandar los problemas y a pensar en términos extremistas (blanco-negro, bueno-malo, amor-odio, útil-inútil, etc). 4. Todo lo que veo, recuerdo o enjuicio es tremendamente triste. No puedo concentrarme en nada. Veo la vida negra, llena de obstáculos y sin sentido. Me siento vacío de todo y sin apoyo. Estoy en situación límite.	
10. Aislamiento:	0. Me comunico y me relaciono igual que siempre. 1. Me cuesta más establecer	

	relaciones, comunicarme, salir, distraerme. 2. Me cuesta bastante establecer relaciones. 3. Es muy difícil para mí tener relaciones sociales y paso el día solo y sin hablar con nadie. 4. Estoy solo, no puedo hablar con nadie, me es imposible comunicarme y relacionarme. Mi soledad e incomunicación son totales.	
11. Asertividad:	0. Tengo la misma habilidad social que siempre he tenido. Capto normalmente el compromiso de los demás y lo que significa; sé responder a los estímulos exteriores del mismo modo que siempre. 1. Últimamente doy más explicaciones que antes sobre mi comportamiento. Tengo algo menos habilidad que antes para la relación social. 2. Tengo bastante menos habilidad que antes. Me cuesta expresar opiniones contrarias a las que escucho. Me quedo un poco parado ante la gente. Me cuesta decir que no. He	

	perdido bastante el contacto con los demás. Si tuviera que ponerme una nota en participación social, ésta sería de aprobado bajo o suspenso alto. 3. Mis habilidades sociales han quedado reducidas al mínimo. Ante la gente me quedo sin saber qué hacer ni decir. Me es imposible decir que no. La relación con los demás se me hace imposible. Si tuviera que ponerme una nota en participación social, ésta sería de suspenso. 4. Mis habilidades sociales son nulas. Jamás digo que no. Cuando estoy con gente no sé en absoluto lo que hacer ni decir. No tengo ningún interés en entenderme con los demás. Si tuviera que ponerme una nota en participación social, no tendría más remedio que ponerme un cero.	
12. Deseos de muerte:	0. No deseo morirme. 1. A veces deseo morirme. 2. Muchas veces pienso que sería mejor morirme. 3. Estoy deseando morirme.	

	Yo así no puedo vivir. Ya no puedo más. Esto es insoportable. Mi única ansia (deseo, aspiración) es morirme cuanto antes.	
13. Impulso suicida:	0. No tengo inclinaciones de hacer nada contra mí mismo. 1. A veces tengo ideas de hacerme daño. 2. Con bastante frecuencia tengo inclinaciones suicidas. 3. Siento fuertes y casi constantes arrebatos (empujones, presiones, incitaciones) suicidas 4. Lo mejor sería suicidarme, si tuviera fuerzas para ello.	
14. Concreción de la inclinación : suicida:	0. No he tenido ideas de suicidio. 1. A veces he tenido ideas de suicidarme, pero sin pensar en hacerlo de verdad. 2. Bastantes veces he pensado en quitarme la vida e incluso cómo hacerlo. 3. Tengo permanentemente ideas de suicidio, he pensado mucho en cómo	

	hacerlo. 4. Quisiera suicidarme y terminar de una vez. He pensado muchas veces en la forma de hacerlo.	
15. Pérdida de apetito:	0. Tengo el mismo apetito de siempre. 1. Últimamente he notado que tengo menos ganas de comer. 2. Tengo ahora bastante menos apetito que antes. 3. Tengo cada día menos apetito. 4. He perdido totalmente las ganas de comer.	
16. Pérdida de peso:	0. Peso igual que antes. 1. Creo que he perdido 1 o 2 kilos. 2. He perdido 3 o 4 kilos. 3. he perdido entre 5 y 7 kilos. 4. He perdido más de 7 kilos.	
17. Imposibilidad para trabajar:	0. Puedo trabajar igual que antes. 1. A veces no puedo trabajar, se me han quitado las ganas. 2. Muchas veces me siento	

	sin fuerzas para realizar mi trabajo habitual. 3. Estoy sin ninguna facultad para trabajar. 4. Soy incapaz de llevar a cabo ningún tipo de trabajo.	
18. Libido:	0. Siento que el sexo me atrae ahora igual que antes. 1. A veces me siento menos atraído por el sexo. 2. Veo que cada vez todo lo referente al sexo me interesa menos. Lo hago por cumplir con mi pareja, pero cada día con menos ganas. 3. La vida sexual no me dice nada, me es casi indiferente. 4. He perdido todo el interés por las cuestiones relacionadas con la sexualidad.	
19. Sueños de muerte y aniquilación:	0. No he soñado últimamente con cosas de muertos, ni nada por el estilo. 1, Últimamente, en alguna ocasión, he tenido sueños de muertos. 2. He tenido sueños en los que la gente que yo conocía moría. Eran angustiosos.	

	3. Sueño con mucha frecuencia que personas que conozco y que viven se mueren. Son sueños tristes. Otras veces sueño que me destruyo y que acabo conmigo. 4. Ahora siempre sueño con escenas en las que alguien a quien yo quiero o conozco se muere. Sueño continuamente que me mato, que me quito de en medio.	
20. Insomnio.	0. Duermo igual que siempre. 1. A veces, de tarde en tarde, duermo mal de noche. 2. Con bastante frecuencia duermo mal por la noche. 3. Casi siempre duermo mal de noche. 4. Tengo un insomnio casi total. Duermo sólo 3 o 4 horas.	

Valoración e interpretación

Cada ítem se puntúa de 0 a 4 puntos.

A partir de 30 puntos es necesario el abordaje terapéutico.

Una puntuación alrededor de 50 puntos indica un riesgo elevado de suicidio.

Anexo 4

ESCALA DE DESESPERANZA. PREDICTIVA DEL SUICIDIO

(Beck, A.T.; Weissman, A.; Lester, D.; Trexler, L. (1974). The measurement of pessimismism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865).

Esta escala se construyó para detectar expectativas de ocurrencia de acontecimientos negativos y de no poder hacer nada por evitarlos. Y se utiliza para medir las expectativas de desesperanza.

La escala consta de 20 items con posibilidad de respuesta verdadero/falso. El sujeto valora si aplicados a él son verdaderos o falsos. Permite evaluar el grado de desesperanza, es decir la actitud del sujeto hacia las expectativas futuras; uno de los tres componentes de la triada cognitiva.

Instrucciones: Marque con una cruz en el lugar de verdadero o falso según la expresión que refleje más su realidad.

	Verdadero	Falso
1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor.		
3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.		
4. No puedo imaginar cómo va		

a ser mi vida dentro de 10 años.		
5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.		
6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.		
7. El futuro aparece oscuro para mí.		
8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.		
9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.		
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.		
11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.		
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.		
13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.		
15. Tengo gran confianza en el futuro.		
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.		
17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.		

18. El futuro aparece vago e incierto para mí.		
19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.		
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre.		

Corrección

La evaluación se realiza con una clave de corrección que permite sumar los puntos de coincidencia con el protocolo que reciben un punto. Las respuestas que no son contestadas o contestadas en ambos sentidos reciben un puntaje cero y la sumatoria de los puntajes brutos puede oscilar entre cero y 20.

Clave de corrección

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
F	**V**	**F**	**V**	**F**	**F**	**V**	**F**	**V**	**F**
11	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**
V	**V**	**F**	**V**	**F**	**V**	**V**	**V**	**F**	**V**

Valoración

De 0 a 3 puntos	Ninguna o Mínima.

De 4 a 8 puntos.	Leve.
De 9 a 14 puntos.	Moderada
De 14 o más puntos.	Severa o Grave.

interSalud